

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Isabel Soares, orientadora deste trabalho e minha mentora de sempre, pelo seu estímulo ao meu desenvolvimento profissional, pelo incentivo à minha participação nos seus projectos de investigação, pelo modelo de relação humana e de trabalho que sempre constituiu para mim, e ainda, pelo seu exemplo de coerência e entusiasmo perante o conhecimento.

Ao Professor Doutor Paulo Machado, por aceitar ser co-orientador deste projecto, pela sua presença no desenvolvimento do método dos episódios emocionais e pelas questões pertinentes que me colocou.

À Professora Doutora Carla Martins, pelo apoio efectivo e decisivo no tratamento estatístico dos dados e, sem o qual, dificilmente este trabalho teria chegado a bom porto.

Aos sujeitos deste estudo, por terem aceite a partilha das suas histórias pessoais, num contexto de investigação científica e por isso impessoal.

Às equipas médicas da Consulta de Perturbações Alimentares do Serviço de Psiquiatria do S. João – Dr. Roma-Torres e Dra Isabel Brandão, e do Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Maria Pia – Dr. Pedro Monteiro e Dra Dulce Soeiro, pelo apoio no processo de recolha de dados.

Aos responsáveis pela Unidade de Consulta de Perturbações Alimentares do Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano e pela Escola de Ciências da Saúde, ambas da Universidade do Minho, pelo apoio na parte final do processo de recolha de dados.

À Sandra Vilarinho, à Sónia Gonçalves e à Bárbara Machado, pela disponibilidade com que me possibilitaram o acesso a dados de outros projectos, entre os quais os do *COST-B6*.

Ao Conselho Executivo da Escola Secundária de Oliveira do Douro, em particular ao seu presidente, Dr. Adalmiro Fonseca, pela disponibilidade com que sempre me ouviu e pela sua flexibilidade em face as condições logísticas que lhe apresentei para que este trabalho fosse possível.

À Marisa Egipto, pela sua generosidade, empenho, espírito gregário e empreendedor na organização das cotações das entrevistas de vinculação, pelo seu envolvimento nos estudos prévios do acordo nos métodos das emoções e pelo seu apoio inestimável na parte estatística deste trabalho.

Ao Pedro Dias, pela partilha de desabafos e pragmatismo, pela leveza responsável que me transmitiu e pela sua valiosa ajuda diante dos obstáculos com que me confrontei neste projecto.

À Alexandra Alves, pela sua natureza especulativa e capacidade expressiva nas nossas reuniões de trabalho e, ainda, pela forte amizade que construímos em face das nossas existências desafiadoras.

Aos meus colaboradores na construção e desenvolvimento dos métodos das emoções, Alexandra Alves, Inês Felgueiras, John Klein, Marisa Egipto, Pedro Dias, Teresa Martins e Vera Ramalho, pelo envolvimento, disponibilidade, entusiasmo, sentido de humor, perspicácia e energia que imprimiram às nossas reuniões de trabalho.

A toda a equipa do GEV, pela sua participação no processo de cotação das AAI, em particular, à Eva Martins, à Teresa Mendes e à Sandra Rios, pelo vínculo que criámos e pelo apoio humano e bibliográfico.

À Filipa Pereira e Carmo Motta, pelo apoio nos procedimentos informáticos e na formatação deste trabalho. À Ana Ramos, pela leitura atenta e correcção das gralhas do texto. À Isabel Seca e Helena Reis, pelo apoio na tradução para a língua inglesa.

À D. Carolina, por todo o apoio logístico.

À Graça Azevedo, por cuidar da minha saúde física, especialmente na fase final deste longo trabalho, e pela nossa amizade que já se perde no tempo.

Ao Jorge, pela sua experiência e vitalidade, e por me ensinar a não desistir.

À Romi, pelo seu apoio afectuoso e incondicional com as minhas crianças, na ausência da mãe.

Ao meu pai, pelo seu interesse genuíno no conhecimento, pela sua sabedoria e por discretamente me ajudar a transformar os grandes obstáculos em angústias vulgares.

À minha mãe, pela sua generosidade e dedicação, traduzidas no encorajamento permanente em face das minhas dificuldades em realizar este projecto.

Ao Manel, pela sua presença e enorme paciência nestes anos. À Margarida e ao Pedro, por me manterem orientada para a resolução de problemas e, ainda, pelas suas exuberantes manifestações de alegria nos meus *regressos a casa*. A eles dedico este trabalho.

RESUMO

Vinculação, episódios emocionais e compreensão emocional nas perturbações alimentares

A teoria da vinculação (Bowlby, 1969/1984; 1973; 1980) e os seus conceitos sobre a construção da primeira relação íntima, o desenvolvimento da vinculação e o seu papel na formação da personalidade, bem como as suas implicações clínicas, constituíram a matriz deste trabalho. Estudos longitudinais, desenvolvidos nas últimas décadas, têm vindo a estabelecer uma forte associação entre as organizações da vinculação e o desenvolvimento emocional e social (Grossmann, Grossman, & Kindler, 2005; Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005a,b; Steele & Steele, 2005) e a revelar trajetórias desenvolvimentais, que ilustram uma relação estreita entre a experiência precoce e a psicopatologia na infância, adolescência e no estado adulto (Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005b).

O estudo das emoções relacionadas com a organização da vinculação tem vindo a ser igualmente alvo de investigação, em particular, procurando-se compreender as relações entre a regulação emocional e as trajetórias desenvolvimentais adaptativas e patológicas (Bowlby, 1969/1984, 1973, 1980, 1988a,b; Kobak, 1999; Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003; Sroufe, 1996). A perspectiva clínica de Guidano (1987, 1991) sobre as perturbações alimentares ilustra esta orientação, ao conceptualizar estas perturbações como uma organização de significado pessoal, em que as relações de vinculação e as emoções têm um papel decisivo.

O presente trabalho avalia as relações entre a vinculação, os episódios emocionais e a compreensão emocional nas perturbações alimentares. A investigação empírica incluiu três amostras: um grupo não-clínico (N=20), um grupo clínico (N=20) e, ainda, um segundo grupo clínico (N=60), os dois últimos constituídos por pacientes do sexo feminino, com perturbação do comportamento alimentar. Foram desenvolvidos dois estudos. O primeiro estudo teve por objectivo comparar o grupo clínico (N=20) e o

grupo não-clínico (N=20), relativamente à organização da vinculação, episódios emocionais e compreensão emocional. O segundo estudo procurou examinar, no segundo grupo clínico (N=60), as diferenças entre o grupo restritivo e o grupo purgativo em relação à vinculação, episódios emocionais e compreensão emocional. Adicionalmente, compararam-se os grupos em relação à psicopatologia geral (*SCL-90R*) e alimentar (*EDI*).

As participantes responderam à *Adult Attachment Interview* - *AAI* (George, Kaplan, & Main, 1985). As entrevistas foram cotadas através do método do *Q-Sort* (Kobak, 1993; Pinho, Neves, Jongenelen, Martins, Henriques, Figueiredo, Matos, Gonçalves, Silva, & Soares, 1998), o que possibilitou a classificação dos sujeitos de acordo com os três padrões da vinculação (Seguro, Desligado e Preocupado), com as estratégias da vinculação (Segurança-insegurança e Hiperactivação-desactivação) e, ainda, em função dos mega-itens da vinculação (Kobak, 1993; Pinho, 2000). Os episódios emocionais foram extraídos da *AAI*, das respostas às questões críticas da vinculação, e cotados com base num manual desenvolvido para o efeito (Neves, Machado, Soares, Fonseca, Dias, Alves, Barros, Felgueiras, Klein, Ramalho, & Martins, 2005a). Os episódios emocionais foram ainda classificados, com base numa lista de emoções básicas (Korman, 1998; Shaver, Schwartz, Kirson, & O'Connor, 1987; Vilarinho, 2003). A compreensão emocional foi obtida igualmente na *AAI*, a partir das respostas às questões críticas da vinculação, com base nas escalas do Reconhecimento da perturbação e da Resolução da perturbação, e tendo presente um manual elaborado para esse fim (Neves, Soares, Machado, Fonseca, Dias, Alves, Barros, Felgueiras, Klein, Ramalho, & Martins, 2005b).

No primeiro estudo, observaram-se diferenças significativas entre o grupo clínico e não-clínico. Quanto à organização da vinculação, o grupo clínico revelou uma maior percentagem de sujeitos com um padrão de vinculação Preocupado, valores superiores em mega-itens relativos à insegurança da vinculação (Ruptura familiar e Emaranhamento familiar) e inferiores em mega-itens relativos à segurança da vinculação (Mãe base segura e Pai disponível), e um predomínio de estratégias de hiperactivação. No que respeita aos episódios emocionais, verificou-se no grupo clínico, por comparação com o grupo não-clínico, uma menor proporção de Episódios emocionais indeterminados. Em relação à compreensão emocional, observou-se um maior Reconhecimento da perturbação no grupo clínico.

No que respeita às relações entre vinculação e compreensão emocional, os resultados mostraram a existência de uma associação positiva, em ambos os grupos, entre as estratégias de Segurança-insegurança da vinculação e a Resolução da perturbação, e uma associação negativa verificada apenas no grupo clínico, entre as estratégias de Segurança-insegurança e o Reconhecimento da perturbação em questões normativas e em questões não-normativas. Quanto às relações entre episódios emocionais e compreensão emocional, verificaram-se, apenas no grupo não-clínico, associações positivas entre os Episódios emocionais de valência positiva e um conjunto de variáveis da compreensão emocional e associações negativas entre algumas destas variáveis e os Episódios emocionais indeterminados. No grupo clínico, observaram-se associações positivas entre os Episódios emocionais de valência negativa e diversas variáveis da compreensão emocional e associações negativas entre estas variáveis e os Episódios emocionais de valência positiva.

A predição da pertença ao grupo clínico vs. não-clínico, realizada através de análises de regressão, revelou o mega-item da vinculação Ruptura familiar como sendo um preditor significativo, com um valor mais elevado no grupo clínico.

No segundo estudo, constataram-se igualmente diferenças significativas entre o grupo restritivo e o grupo purgativo. Em relação à organização da vinculação, o grupo purgativo incluiu uma maior percentagem de sujeitos com um padrão de vinculação Preocupado, valores superiores em mega-itens relacionados com a insegurança da vinculação (Ruptura familiar, Preocupado e Emaranhamento familiar) e um predomínio de estratégias de hiperactivação.

Quanto às relações entre vinculação e compreensão emocional, observaram-se no grupo restritivo associações positivas entre as estratégias de Segurança-insegurança da vinculação e variáveis da compreensão emocional. No que respeita às relações entre episódios emocionais e compreensão emocional, observaram-se, apenas no grupo purgativo, associações positivas entre os Episódios emocionais indeterminados e variáveis da compreensão emocional e associações negativas entre os Episódios emocionais de valência negativa e um conjunto de variáveis da compreensão emocional.

No que respeita à psicopatologia geral (*SCL-90R*), verificaram-se no grupo purgativo valores mais elevados de Somatização e Ansiedade, e em relação à psicopatologia alimentar (*EDI*) verificaram-se, também no grupo purgativo, valores superiores ao nível do Impulso para emagrecer, Bulimia, Consciência interoceptiva e

Insatisfação corporal. Observaram-se ainda associações significativas entre a psicopatologia geral e alimentar, em cada um dos grupos.

As análises de regressão realizadas para predição da pertença ao grupo restritivo vs. purgativo revelou que as estratégias de Hiperactivação-desactivação, os Episódios emocionais de valência negativa e a Bulimia constituíram preditores significativos, com valores superiores no grupo purgativo.

Os resultados foram discutidos à luz dos modelos teóricos da vinculação e das emoções e também com base na investigação empírica nestes domínios, no quadro do desenvolvimento normativo e das perturbações do comportamento alimentar.

ABSTRACT

Attachment, emotional episodes and emotional understanding in eating disorders

The attachment theory (Bowlby, 1969/ 1984; 1973; 1980) and its concepts about the growth and development of the first intimate relationships, the ontogeny of attachment, his role in personality development and its clinical implications, were the matrix of this study. For the last two decades longitudinal studies have been showing a great association between attachment organizations and results in emotional and social development (Grossmann, Grossman, & Kindler, 2005; Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005a,b; Steele & Steele, 2005) and have revealed developmental pathways, which illustrate associations between early experience and later disturbance in infancy, adolescence and in adulthood (Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005b).

The study of emotions related with the attachment organization has also been investigated in an effort to understand the relationships between the emotional regulation and the normative and pathological developmental pathways (Bowlby, 1969/1984, 1973, 1980, 1988a,b; Kobak, 1999; Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003; Sroufe, 1996). Guidano's clinical perspective (1987, 1991) on eating disorders illustrates this orientation by conceptualizing these disorders as an organization of personal meaning, where attachment and emotions have a decisive role.

This work examines the relations between attachment, emotional episodes and emotional understanding in eating disorders. The empirical research included 3 samples: a non-clinical group (N=20), a clinical group (N=20) and a second clinical group (N=60), the last two groups constituted by female patients with eating disorders. Two studies were developed: the first aimed to examine the differences between the clinical group (N=20) and the non-clinical group (N=20) in attachment, emotional episodes and emotional understanding; the second examines, in the clinical sample (N=60), the differences between the two groups of eating disorders – with restrictive and purgative characteristics, in attachment, emotional episodes and emotional understanding.

Additionally, we also related two groups to symptoms of general psychopathology (*SCL-90R*) and to symptoms of eating disorders (*EDI*).

The participants have answered to the Adult Attachment Interview – *AAI* (George, Kaplan, & Main, 1985). The *AAI*'s were transcribed and scored using attachment *Q-Sort* (Kobak, 1993; Pinho, Neves, Jongenelen, Martins, Henriques, Figueiredo, Matos, Gonçalves, Silva, & Soares, 1998), what has enabled the participants' classification of attachment in three attachment patterns (Secure, Dismissing and Preoccupied) and in two dimensional attachment strategies (Security-insecurity and Deactivation-hyperactivation), as well as in mega-items of attachment (Kobak, 1998; Pinho, 2000). The emotional episodes were extracted in *AAI*, from critical questions of attachment, and scored with a manual produced for that purpose (Neves, Machado, Soares, Fonseca, Dias, Alves, Barros, Felgueiras, Klein, Ramalho, & Martins, 2005a). The emotional episodes were classified according to a list of basic emotions (Korman, 1998; Shaver, Schwartz, Kirson, & O'Connor, 1987; Vilarinho, 2003). The emotional understanding was also extracted in *AAI*, from critical questions of attachment, through two scales: Recognition and Resolution of emotional conflict, according to a manual produced for that purpose (Neves, Soares, Machado, Fonseca, Dias, Alves, Barros, Felgueiras, Klein, Ramalho, & Martins, 2005b).

In the first study the results have showed differences between the clinical and the non-clinical group, with the clinical group showing a great proportion of subjects with a Preoccupied pattern, higher scores in mega-items related to insecurity (familiar Rupture and familiar Enmeshment), lower scores in mega-items related to security (Mother secure base and Father available) and a predominance of hyperactivating strategies of attachment. Concerning emotional Episodes, the results have showed in clinical group a less proportion of undetermined emotional Episodes. Regarding emotional Understanding, the clinical group has showed a greater Recognition of emotional conflict.

Concerning the relationships between attachment and emotional understanding, the results have showed the existence of a positive association in both groups between the Security-insecurity strategies of attachment and the Resolution of the emotional conflict, and a negative association observed only in the clinical group, between the strategies of Security-insecurity and the Recognition of emotional conflict in normative and in non-normative questions. Regarding the relationships between emotional episodes and emotional understanding, only in the non-clinical group were observed

positive associations between the emotional Episodes of positive valence and a set of variables of emotional understanding and negative associations between some of these variables and the undetermined emotional Episodes. In the clinical group it was possible to observe positive associations between the emotional Episodes of negative valence and several variables of emotional understanding and negative associations between these variables and the emotional Episodes of positive valence.

Regression analyses has shown a mega-item related to insecurity (familiar Rupture) as a significant predictor of the clinical vs. non-clinical group, with higher score in the clinical group.

In the second study significant differences between the groups with restrictive and purgative characteristics have also been found. Concerning the attachment organization, the purgative group was over-represented with the Preoccupied pattern and associated with scores significantly higher in mega-items related to insecurity (familiar Rupture, Preoccupied and familiar Enmeshment) and with hyperactivation strategies of attachment.

Regarding the relationships between emotional attachment and emotional understanding, positive associations between the strategies of Security-insecurity and variables of the emotional Understanding were attested in the restrictive group. Concerning the relationships between the emotional episodes and the emotional understanding, only in the purgative group were observed positive associations between the undetermined emotional Episodes and the variables of the emotional understanding and negative associations between the emotional Episodes of negative valence and a set of variables of the emotional understanding.

Furthermore, higher scores were found in the purgative group related to symptoms of general psychopathology (*SCL-90R*) - Somatisation and Anxiety, and to symptoms of eating disorders (*EDI*) - Drive for thinness, Bulimia, Interoceptive awareness and Body dissatisfaction. Significant associations between symptoms of general psychopathology and symptoms of eating disorders were found in two groups.

Regression analyses have shown that the Deactivation-hyperactivation strategies, emotional Episodes of negative valence and Bulimia are significant predictors of the restrictive group vs. purgative group, with higher values in the purgative group.

The results have been discussed bearing in mind not only theoretical models of attachment and emotions, but also the empirical approaches involved in the study of

these issues, regarding the normative development and the organization of eating disorders.

ÍNDICE

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	ix
Índice	xiii
Lista de Quadros	xvii
Introdução	1
PARTE I ENQUADRAMENTO TEÓRICO E EMPÍRICO	9
Capítulo 1: Vinculação, emoções e psicopatologia	11
1. <u>Aspectos conceptuais sobre vinculação: Contributos da teoria da vinculação</u>	11
1.1 Desenvolvimento da vinculação	13
1.2 O papel da vinculação no desenvolvimento da personalidade	20
2. <u>Abordagem desenvolvimental da psicopatologia</u>	22
2.1 Perspectiva organizacional do desenvolvimento	22
2.2 Avaliação das diferenças individuais da vinculação na infância	28
2.3 Avaliação das diferenças individuais da vinculação na idade adulta	36
2.4 Vinculação e perturbações alimentares	43
3. <u>Vinculação e emoções</u>	53
3.1 As emoções na teoria da vinculação	54
3.2 Metodologia de avaliação de emoções: episódios emocionais e compreensão emocional	62
3.3 Significações emocionais e as perturbações alimentares	68
Capítulo 2: Perturbações do comportamento alimentar, vinculação e emoções	71
1. <u>Perturbações do comportamento alimentar: Aspectos clínicos e etiopatogenia</u>	71
2. <u>Estudos empíricos sobre perturbações alimentares e vinculação</u>	89
3. <u>Estudos empíricos sobre perturbações alimentares e emoções</u>	97
PARTE II INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	107
Capítulo 3: Vinculação, episódios emocionais e compreensão emocional:	
Apresentação da investigação	109

1. <u>Enquadramento conceptual e objectivos gerais</u>	109
2. <u>Hipóteses e desenho da investigação</u>	119
3. <u>Método</u>	121
3.1 Participantes	121
3.2 Medidas	127
<i>Adult Attachment Interview - AAI</i>	127
Método dos Episódios Emocionais – <i>MEE</i>	132
Método da Compreensão Emocional – <i>MCE</i>	137
Ficha de Triagem	140
<i>Symptom Checklist 90-Revised – SCL-90R</i>	140
<i>Eating Disorders Inventory - EDI</i>	142
3.3 Procedimentos de recolha e tratamento dos dados	144
Capítulo 4: Resultados do primeiro estudo: vinculação, episódios e compreensão emocional num grupo com perturbações alimentares e num grupo não-clínico	145
1. <u>Vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico</u>	145
1.1 Representação da vinculação	145
1.2 Padrões de vinculação	146
1.3 Mega-itens da vinculação	147
1.4 Estratégias da vinculação	150
2. <u>Episódios emocionais no grupo clínico e no grupo não-clínico</u>	151
2.1 Episódios emocionais nas questões críticas da vinculação	152
2.2 Episódios emocionais <i>self</i> , outros e outros-outros	155
2.3 Episódios emocionais por valência	157
3. <u>Compreensão emocional no grupo clínico e no grupo não-clínico</u>	160
3.1 Reconhecimento da perturbação nas questões críticas da vinculação	160
3.2 Reconhecimento da perturbação	163
3.3 Resolução da perturbação nas questões críticas da vinculação	163
3.4 Resolução da perturbação	166
3.5 Compreensão emocional	166
4. <u>Vinculação e episódios emocionais no grupo clínico e no grupo não-clínico</u>	167
5. <u>Vinculação e compreensão emocional no grupo clínico e no grupo não-clínico</u>	168

6. <u>Episódios emocionais e compreensão emocional no grupo clínico e no grupo não-clínico</u>	170
7. <u>Preditores da pertença ao grupo clínico vs não-clínico</u>	172
Capítulo 5: Resultados do segundo estudo: vinculação, episódios e compreensão emocional nas perturbações alimentares	177
1. <u>Vinculação e grupo restritivo e purgativo</u>	177
1.1 Representação da vinculação	177
1.2 Padrões de vinculação	178
1.3 Mega-itens da vinculação	179
1.4 Estratégias da vinculação	182
2. <u>Episódios emocionais e grupo restritivo e purgativo</u>	182
2.1 Episódios emocionais nas questões críticas da vinculação	183
2.2 Episódios emocionais <i>self</i> , outros e outros-outros	185
2.3 Episódios emocionais por valência	187
3. <u>Compreensão emocional e grupo restritivo e purgativo</u>	190
3.1 Reconhecimento da perturbação nas questões críticas da vinculação	190
3.2 Reconhecimento da perturbação	193
3.3 Resolução da perturbação nas questões críticas da vinculação	193
3.4 Resolução da perturbação	196
3.5 Compreensão emocional	196
4. <u>Vinculação e episódios emocionais no grupo purgativo e no grupo restritivo</u>	197
5. <u>Vinculação e compreensão emocional no grupo purgativo e no grupo restritivo</u>	197
6. <u>Episódios emocionais e compreensão emocional no grupo purgativo e no grupo restritivo</u>	200
7. <u>Psicopatologia e grupo restritivo e purgativo</u>	201
7.1 Psicopatologia geral	201
7.2 Psicopatologia alimentar	204
7.3 Psicopatologia geral e alimentar	206
8. <u>Preditores da pertença ao grupo purgativo vs restritivo</u>	209
Capítulo 6: Discussão dos Resultados	213
Bibliografia	233

LISTA DE QUADROS

MÉTODO

Quadro 1 - Caracterização sócio-demográfica da amostra

Quadro 2 - Caracterização clínica da amostra

PRIMEIRO ESTUDO

Quadro 3 - Representação da vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 4 - Padrões de vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 5 - Mega-itens da vinculação – MBS, MD, PD, PR e RF no grupo clínico e não-clínico

Quadro 6 - Mega-itens da vinculação – P, D, C no grupo clínico e não-clínico

Quadro 7 - Mega-itens da vinculação – MR, EF e RP no grupo clínico e não-clínico

Quadro 8 - Estratégias de vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 9 - Medidas descritivas da frequência de episódios emocionais nas questões críticas da vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 10 - EE em questões normativas da vinculação e EE em questões não-normativas da vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 11 - Medidas descritivas da frequência de EE *self*, EE outros e EE outros-outros no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 12 - EE *self*, EE outros e EE outros-outros no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 13 - Medidas descritivas dos EE por categorias emocionais no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 14 - EE de valência positiva, EE de valência negativa e EE indeterminados no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 15 - Medidas descritivas do Reconhecimento da perturbação nas questões críticas da vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 16 - Reconhecimento em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 17 - Reconhecimento da perturbação no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 18 - Medidas descritivas da Resolução da perturbação nas questões críticas da vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 19 - Resolução em questões normativas e Resolução em questões não-normativas da vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 20 - Resolução da perturbação no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 21 - Compreensão emocional no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 22 - Correlações entre episódios emocionais de valência positiva, de valência negativa e indeterminados e estratégias da vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 23 - Correlações entre compreensão emocional e estratégias da vinculação primárias no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 24 - Correlações entre reconhecimento e resolução da perturbação e estratégias da vinculação primárias no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 25 - Correlações entre as estratégias da vinculação primárias e a compreensão emocional no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 26 - Correlações entre compreensão emocional e episódios emocionais no grupo clínico e no grupo não-clínico

Quadro 27 - Regressão logística binária para a predição da pertença ao grupo clínico vs grupo não-clínico usando como preditores a idade e as variáveis da vinculação (N=40)

Quadro 28 - Regressão logística binária para a predição da pertença ao grupo clínico vs grupo não-clínico usando como preditores as variáveis emocionais (N=40)

Quadro 29 - Modelo final de regressão logística binária para a predição da pertença ao grupo clínico vs grupo não-clínico usando como preditores a idade, a ruptura familiar, os episódios emocionais *self* e os episódios emocionais indeterminados (N=40)

SEGUNDO ESTUDO

Quadro 30 - Representação da vinculação e grupo restritivo e purgativo

Quadro 31 - Padrões de vinculação e grupo restritivo e purgativo

Quadro 32 - Mega-itens da vinculação – MBS, MD, PD, PR e RF no grupo restritivo e purgativo

Quadro 33 - Mega-itens da vinculação – P, D e C no grupo restritivo e purgativo

Quadro 34 - Mega-itens da vinculação – MR, EF e RP no grupo restritivo e purgativo

Quadro 35 - Estratégias de vinculação e grupo restritivo e purgativo

Quadro 36 - Medidas descritivas da frequência de episódios emocionais nas questões críticas da vinculação no grupo restritivo e no grupo purgativo

Quadro 37 - Episódios emocionais em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação no grupo restritivo e no grupo purgativo

Quadro 38 - Medidas descritivas da frequência de episódios emocionais *self*, outros e outros-outros no grupo restritivo e no grupo purgativo

Quadro 39 - Episódios emocionais *self*, outros e outros-outros no grupo restritivo e no grupo purgativo

Quadro 40 - Medidas descritivas dos EE por categorias emocionais no grupo restritivo e purgativo

Quadro 41 - Episódios emocionais de valência positiva, de valência negativa e indeterminados no grupo restritivo e no grupo purgativo

Quadro 42 - Medidas descritivas do Reconhecimento da perturbação nas questões críticas da vinculação no grupo restritivo e purgativo

Quadro 43 - Reconhecimento da perturbação em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação no grupo restritivo e no grupo purgativo

Quadro 44 - Reconhecimento da perturbação e grupo restritivo e purgativo

Quadro 45 - Medidas descritivas da Resolução da perturbação nas questões críticas da vinculação no grupo restritivo e purgativo

Quadro 46 - Resolução da perturbação em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação no grupo restritivo e no grupo purgativo

Quadro 47 - Resolução da perturbação e grupo restritivo e purgativo

Quadro 48 - Compreensão emocional no grupo restritivo e no grupo purgativo

Quadro 49 - Correlações entre estratégias da vinculação e episódios emocionais no grupo restritivo e no grupo purgativo

Quadro 50 - Correlações entre estratégias da vinculação primárias e compreensão emocional no grupo restritivo e no grupo purgativo

Quadro 51 - Correlações entre reconhecimento e resolução emocional e estratégias da vinculação primárias no grupo restritivo e no grupo purgativo

Quadro 52 - Correlações entre compreensão emocional e estratégias da vinculação no grupo restritivo e no grupo purgativo

Quadro 53 - Correlações entre episódios emocionais e compreensão emocional no grupo restritivo e no grupo purgativo

Quadro 54 - Sub-escalas do *SCL-90R* e grupo restritivo e purgativo

Quadro 55 - IGS, NSP e ISP e grupo restritivo e purgativo

Quadro 56 - Sub-escalas do *EDI* e grupo restritivo e purgativo

Quadro 57 - *EDI* total e grupo restritivo e purgativo

Quadro 58 - Correlações entre as sub-escalas do *EDI* e as sub-escalas do *SCL-90R*

Quadro 59 - Regressão logística binária para a predição da pertença ao grupo restritivo vs grupo purgativo usando como preditores as variáveis da vinculação e as variáveis emocionais (N=55)

Quadro 60 - Regressão logística binária para a predição da pertença ao grupo restritivo vs grupo purgativo usando como preditores as variáveis da psicopatologia geral e alimentar (N=55)

Quadro 61 - Modelo final de regressão logística binária para a predição da pertença ao grupo restritivo vs grupo purgativo usando como preditores a desactivação-hiperactivação, a bulimia e os episódios emocionais de valência negativa (N=55)

Patients with eating disorders do all kinds of strange things with food. There's something wrong with how much or how little they take in, keep out, and what they do with it once it is inside of them. Clearly, they are in turmoil about what enters and leaves their bodies.

(Schneer, 2002)

1. INTRODUÇÃO

São aproximadamente vinte anos de dedicação e envolvimento em projectos de investigação em Psicologia. Diversos foram os projectos como diversas as pessoas que ao longo do tempo deles foram fazendo parte, embora sempre projectos colectivos, com a professora doutora Isabel Soares como coordenadora e a Vinculação como tema aglutinador.

Este meu envolvimento na investigação, marcado por pausas, avanços e hesitações, fruto de circunstâncias divergentes do ponto de vista pessoal e profissional, culmina neste trabalho de doutoramento que aqui se apresenta e em que, numa população clínica específica, se cruzam as questões da vinculação com a problemática das emoções, no plano da sua expressão narrativa.

Se, na licenciatura em Psicologia (Universidade do Porto, 1986), os *comportamentos* e as *cognições* pareciam quase esgotar a formação académica, foi sem dúvida o mestrado em Psicologia Clínica do Desenvolvimento (Universidade de Coimbra, 2005) que *refrescou* o conhecimento adquirido anteriormente e possibilitou a abertura ao desenvolvimento de conhecimentos em domínios muito pouco explorados antes, tais como o valor da intersubjectividade, o papel do sujeito na construção do objecto, as relações não lineares entre a explicação científica e a compreensão humana, entre outros.

O que se pretende com esta tese é contribuir para o aprofundamento de metodologias de avaliação das emoções, através da construção e validação de instrumentos, em narrativas discursivas subordinadas ao tema da vinculação, numa população clínica específica – sujeitos com perturbações do comportamento alimentar.

Temos, igualmente, por objectivo estudar as perturbações do comportamento alimentar no quadro de leitura da psicopatologia do desenvolvimento, procurando compreender estes distúrbios à luz desta disciplina científica, servindo-nos dos contributos teóricos e empíricos mais recentes, tanto no âmbito da vinculação como no das emoções.

A psicopatologia constituiu-se definitivamente como disciplina científica, em meados do século XIX, com a fundamentação da ideologia positivista. Segundo Joyce-

Moniz (1999), a primeira teoria evolutiva ou *desenvolvimentalista* da psicopatologia surge no séc. XIX com Morel, possuindo subjacente uma orientação organicista. Baseada nas ideias lamarckianas e darwinianas sobre a evolução das espécies, esta teoria concebe a doença mental como um desvio ou uma degenerescência em relação ao tipo normal definido hereditariamente. Ribot viria a retomar a ideia do determinismo hereditário e dos desvios da evolução normal para conceber um modelo mais fundamentado no desenvolvimento psicológico do paciente.

No final do século XIX, a fenomenologia e, no início do século XX, a psicanálise, tiveram o mérito de abrir a psicopatologia positiva a interpretações de teor epistemológico, analógicas e estruturalistas, constituindo-se nesta altura a doença mental como realidade psicológica. Na segunda metade do século XX e, principalmente, com a introdução em 1952, do sistema DSM pela *American Psychiatric Association*, a psicopatologia passa a integrar conceitos etiológicos e sintomáticos de várias correntes terapêuticas. Na década de 80, para além da psicanálise, são integradas no DSM asserções, embora não muito explícitas, de outros modelos dinâmicos e da psicopatologia behaviorista, fenomenológica, sistémica e cognitiva.

Genericamente, pode afirmar-se que toda a psicopatologia é *desenvolvimentalista*, na medida em que a patologia se constitui num processo desviante que ocorre ao longo do tempo, tornando possível a comparação com um processo de desenvolvimento normal. Assim, o que uns designam por distúrbio psicológico, outros por síndrome nosológica ou doença mental, integra-se bem na noção de *desvio* contraproducente, não tanto em relação ao que é normal, mas mais em relação ao que *deveria evoluir* normalmente (Joyce-Moniz, 1999).

A amplitude deste desvio entre os desenvolvimentos normal e patológico tem caracterizado as várias escolas da psicopatologia. A psicopatologia do modelo médico tem proposto a existência de estruturas biológicas ou funcionais para os processos patológicos, bem diferenciadas das do desenvolvimento normal e adaptativo, prescindindo dos conhecimentos da psicologia do desenvolvimento. A psicopatologia behaviorista, de que se servem os modelos respondentes ou operantes da terapia comportamental, também renuncia aos processos de desenvolvimento. O indivíduo envereda por comportamentos normais ou patológicos em função das contingências causais impostas pelo meio, daí a ênfase nos bons reforços educacionais por parte das terapias comportamentais, para levar qualquer indivíduo de qualquer idade a substituir respostas patológicas por respostas

adaptativas. O recurso à contingência imediata permite, assim, ultrapassar o tempo do desenvolvimento.

Historicamente, a psicopatologia analítica foi a primeira a associar o desenvolvimento psicológico às raízes estruturais do distúrbio, defendendo que uma evolução deficiente inicial ocorrida na infância vai determinar todo o desenvolvimento posterior. A amplitude entre os processos normais e patológicos revela-se estreita, à semelhança do modelo anterior, mas, neste caso, são os processos patológicos que explicam os normais. O patológico converte-se numa espécie de lente, que aumenta ou exagera o normal, permitindo compreendê-lo (Cicchetti, 1984). Na psicopatologia do modelo médico, afirma-se igualmente que as lesões das estruturas orgânicas primitivas são irreversíveis ou causam danos em estados subsequentes mas, ao contrário da psicanálise, os modelos organicistas não enquadram essa relação causal numa dinâmica estruturada pelo próprio desenvolvimento.

A psicopatologia do desenvolvimento surge nos anos 70 do século XX, a partir de diversos modelos da psicologia do desenvolvimento, especialmente dos modelos do desenvolvimento sócio-cognitivo, e não da tradição analítico-dinâmica. Cicchetti (1984) distingue-a da psicopatologia dinâmica, referindo que, para os especialistas do desenvolvimento psicológico, o funcionamento normal do organismo pode permitir compreender a sua psicopatologia, como esta pode esclarecer aquele, havendo um objectivo de integração dos dois processos noutros contributos relevantes na implementação desta disciplina (Achenbach, 1974; Lewis & Miller, 1990; Rutter, Izard, & Read, 1986).

O estudo da interdependência entre os desenvolvimentos normal e patológico constitui, pois, o objectivo mais global da psicopatologia do desenvolvimento, o que impõe uma tarefa de comparação cuidada entre as origens e os determinantes, os cursos de evolução e as consequências comportamentais, emocionais e cognitivas destes dois tipos de processos. No essencial, a psicopatologia do desenvolvimento constitui-se nas interacções entre a psicologia do desenvolvimento cognitivo, emocional e social, por um lado e, por outro, as nosologias e os processos etiológicos da psicopatologia tradicional. A diversidade de ideologias preponderantes naquelas duas disciplinas tem dificultado o objectivo de integração.

Na psicopatologia descritiva ou tradicional, a perturbação mental é quase sempre considerada como uma entidade estática, embora possa referir-se tanto nas explicações

etiológicas como nas explicações acerca da evolução dos sintomas, a processos orgânicos, emocionais, cognitivos e/ou relacionais que ocorrem durante o crescimento, a maturidade ou o envelhecimento. Mas estes processos são sempre degenerativos e unidireccionais, servindo apenas para explicar as causas dos sintomas e a sua evolução negativa. O que se considera um bom prognóstico não é mais do que a previsão de uma evolução o mais uniforme possível. Os produtos desses processos deteriorantes e de evolução unidireccional são naturalmente entidades nosológicas estáticas como traços, tipos, estados, personalidades, etc.

Pelo contrário, a psicopatologia do desenvolvimento está atenta, quer ao *normal* ou a processos generativos e adaptativos, como ao *anormal* ou a processos degenerativos e deteriorantes. Considera que os processos patológicos pontuais ou os ritmos orgânicos deficientes se integram no tempo do desenvolvimento natural. A psicopatologia do desenvolvimento tende a considerar os distúrbios, as síndromes, as doenças, os traços, os tipos, os estados, as personalidades e outras conceptualizações nosológicas estáticas como *descontinuidades* ou equilíbrios, níveis, estádios, sucedendo-se ordenadamente ao longo da *continuidade* constituída pelo próprio desenvolvimento psicológico. Nesta nova disciplina, procura-se sobretudo uma (re) conceptualização dos grandes grupos nosológicos e dos processos etiológicos e sintomáticos da psicopatologia, em termos de continuidades e descontinuidades do desenvolvimento (Joyce-Moniz, 1999).

Em síntese, a psicopatologia do desenvolvimento tem como alvo definir, traçar e compreender as trajectórias normais de desenvolvimento, especificar os desvios significativos destes percursos normais, sublinhar as transformações comportamentais que ocorrem à medida que o indivíduo segue uma trajectória desenvolvimental atípica e identificar os factores que estão envolvidos na mudança desse percurso. Interessa, pois, considerar os indivíduos que, consistentemente, seguem uma trajectória que leva a um distúrbio, os indivíduos que, tendo-se desviado de uma trajectória adaptativa, a retomam e atingem uma adaptação adequada e, ainda, aqueles que resistem a situações adversas que habitualmente levam a um desvio desenvolvimental. A perspectiva organizacional do desenvolvimento fornece uma grelha conceptual para a compreensão das múltiplas trajectórias de desenvolvimento, possibilitando a articulação do conhecimento sobre a ontogénese normal, o risco e a psicopatologia (Soares, 2000a).

A teoria da vinculação, identificada inicialmente no quadro da psicologia do desenvolvimento, e enquadrada na teoria evolucionista, na etologia e na psicologia cognitiva (Bowlby, 1969/1984), tem constituído um quadro de referência relevante para a

psicopatologia do desenvolvimento. Orientada para explicar tanto o desenvolvimento normal como o comportamento perturbado, a teoria de Bowlby contém proposições específicas relativas ao papel da experiência precoce na psicopatologia desenvolvimental, à importância dos factores ambientais e à natureza do processo desenvolvimental subjacente à psicopatologia (Sroufe, Carlson, Levi, & England, 1999). Procura estabelecer as pontes entre o desenvolvimento normal e patológico, abordando a continuidade e descontinuidade do desenvolvimento através da noção de trajetórias de desenvolvimento. Integra uma perspectiva organizacional do desenvolvimento, no quadro das transacções que se estabelecem entre as características do sujeito e os factores ambientais. A teoria da vinculação permite ainda associar os aspectos comportamentais aos cognitivos e aos afectivos, subjectivos e interpessoais, ao longo do desenvolvimento humano. Esta orientação teórica subjacente à teoria da vinculação é próxima dos princípios estabelecidos pela psicopatologia do desenvolvimento (Cicchetti & Cohen, 1995; Rutter & Sroufe, 2000; Sroufe & Rutter, 1984). A ênfase da teoria da vinculação na importância das relações interpessoais para o desenvolvimento psicológico e na internalização da experiência relacional, como resultado de interacções continuadas com as figuras de cuidados, tem tido implicações importantes para a teoria e investigação do desenvolvimento normativo e da psicopatologia, dando suporte também ao papel central da relação paciente-terapeuta como agente curativo na psicoterapia. A investigação entretanto desenvolvida tem contribuído para validar formalmente hipóteses importantes, através de métodos quantitativos e qualitativos, em domínios como o papel das relações pais-filhos no desenvolvimento da personalidade, a etiologia das perturbações psicológicas e a transmissão intergeracional da psicopatologia. O aumento da investigação no domínio da vinculação tem representado igualmente um complemento oportuno do interesse actual pelos resultados dos estudos no âmbito do risco e da resiliência e pelas explicações da etiologia na psicopatologia do desenvolvimento, podendo ainda contribuir de forma decisiva para o aparecimento de modelos de prevenção e de intervenção.

Por outro lado, é fundamental considerar também o papel das emoções na psicopatologia do desenvolvimento. A etiologia, os sintomas e o desenvolvimento das perturbações psicológicas não podem ser explicados de forma satisfatória sem o recurso aos conceitos emocionais. Alguns autores têm procurado demonstrar que as emoções integram processos neurológicos, comportamento expressivo e experiência subjectiva (Lewis, 1993), e constituem um sistema desenvolvimental separado (Cicchetti, Ackerman,

& Izard, 1995), se bem que interdependente de outros sistemas. Torna-se, pois, essencial estudar os mecanismos, os processos e os efeitos da interacção entre o sistema emocional e os sistemas cognitivo e comportamental, para compreender o desenvolvimento normal e psicopatológico. A função central do sistema emocional consiste em organizar e motivar o comportamento, pelo que deverá ser integrado na explicação causal do comportamento normal e patológico. Os construtos emocionais da teoria e investigação da psicopatologia do desenvolvimento têm revelado que, embora haja suporte para o facto de que as emoções estão presentes na explicação das perturbações psicológicas, existe também evidência que suporta a ideia de que, numa perspectiva desenvolvimental-evolucionista, cada uma das emoções básicas parece ser inerentemente adaptativa (Izard, 1993). Assim, por exemplo, se o medo num doente agorafóbico pode ser incapacitante, a exploração cautelosa de um novo meio ambiente, acompanhada de retornos frequentes à base segura (Bowlby, 1973), pode ser adaptativa. Similarmente, se a culpa e a auto-recriminação num doente depressivo pode conduzir ao suicídio, a culpa em indivíduos saudáveis pode servir como função reparadora útil no grupo social. Podemos, assim, concluir que, embora as emoções possuam funções adaptativas, elas podem ser determinantes também no desenvolvimento da psicopatologia. No entanto, as emoções devem ser consideradas essencialmente como sistemas adaptativos e funcionais. Quando o desenvolvimento segue uma trajectória não adaptativa, pode querer dizer que as emoções não foram adequadamente integradas com os outros sistemas, em cada estágio de desenvolvimento, mais do que significar perturbação no interior do sistema emocional. A ideia de que as emoções são primariamente transitórias e situacionais e possuem uma natureza sobretudo reactiva e desorganizadora não é apoiada pela investigação mais recente, que salienta a sua função adaptativa, ao longo do desenvolvimento. Importa, assim, compreender quando é que a influência da emoção é adaptativa e quando é inadaptativa, e de que circunstâncias depende, e também analisar que tipos de emoção, relacionados com os processos biológicos, cognitivos e socioculturais, poderão conduzir ao desenvolvimento da psicopatologia (Izard & Harris, 1995). Com este propósito e dada a problemática subjacente à nossa tese, procurámos situar as emoções no quadro da teoria da vinculação (Bowlby, 1969/1984; Kobak, 1999; Sroufe, 1996).

Também as perturbações do comportamento alimentar devem ser estudadas no quadro da psicopatologia do desenvolvimento. Em particular, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa têm estado no centro das preocupações dos investigadores e do público em

geral, na medida em que constituem hoje, nos países ocidentais, um importante problema de saúde pública. Estas perturbações têm surgido com frequência nos contextos clínicos, sendo consideradas das doenças mais comuns em adolescentes do sexo feminino (Whitaker, 1992). Embora a investigação tenha aumentado significativamente nas últimas décadas, ainda muito pouco se conhece sobre as causas da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. Segundo Gouveia (2000), a maioria das investigações que tem sido realizada neste domínio sofre de limitações metodológicas importantes, o que não tem permitido retirar conclusões seguras acerca da importância relativa das variáveis analisadas. Muitos clínicos e investigadores defendem, contudo, uma etiologia multifactorial para estas perturbações, que integre factores biológicos, psicológicos, familiares e socioculturais, bem como vulnerabilidades (Taylor, Bagby, & Parker, 1997). Nesta linha, as perturbações alimentares deverão ser entendidas como o resultado final de um processo, que se desenvolve ao longo do tempo e em diferentes fases, e no qual interagem factores de risco, precipitantes, de manutenção e de protecção (Gouveia, 2000). Por outro lado, importa considerar também os factores que possam contribuir para que estes pacientes retomem trajectórias adaptativas.

O presente trabalho está organizado numa série de capítulos, integrando os dois primeiros a teoria e a investigação empírica sobre os temas chave desta dissertação: a vinculação, as emoções e as perturbações do comportamento alimentar. O primeiro capítulo aborda as temáticas da vinculação, emoções e psicopatologia, com os contributos da teoria da vinculação e da psicopatologia do desenvolvimento, apresentando também as perturbações alimentares segundo a perspectiva clínica de Guidano e de Joyce-Moniz. O segundo capítulo caracteriza as perturbações do comportamento alimentar com base nas características clínicas e etiopatogenia destas perturbações, e integra a investigação empírica mais recente que situa as perturbações alimentares em relação à vinculação e às emoções. O terceiro capítulo apresenta a investigação por nós desenvolvida, explicitando o quadro conceptual subjacente e descrevendo os seus objectivos e método. O quarto e o quinto capítulo descrevem os resultados da investigação. O quarto capítulo apresenta os resultados do primeiro estudo, no qual se procurou comparar um grupo com perturbações alimentares e um grupo sem patologia em relação à vinculação, episódios emocionais e compreensão emocional. O quinto capítulo apresenta os resultados do segundo estudo, em que se examinaram as diferenças entre um grupo restritivo e um grupo purgativo de pacientes com perturbações alimentares, em relação à vinculação, episódios emocionais e

compreensão emocional e, adicionalmente, à psicopatologia geral e psicopatologia alimentar. Finalmente, o sexto capítulo centra-se na discussão dos resultados obtidos.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E EMPÍRICO

CAPÍTULO 1:

VINCULAÇÃO, EMOÇÕES E PSICOPATOLOGIA

A teoria da vinculação (Bowlby, 1969/84; 1970; 1980) constitui uma abordagem conceptual para questões que surgiram no âmbito da experiência clínica de Bowlby, designadamente o impacto de situações de privação materna na relação mãe-criança, no desenvolvimento da personalidade e no aparecimento da psicopatologia. Começamos por apresentar alguns contributos desta teoria para a definição de conceitos relevantes sobre vinculação.

1. ASPECTOS CONCEPTUAIS SOBRE VINCULAÇÃO: CONTRIBUTOS DA TEORIA DA VINCULAÇÃO

A teoria da vinculação considera que a tendência para estabelecer laços afectivos íntimos com figuras significativas constitui, ao longo da existência, um elemento básico da natureza humana. O desenvolvimento desta teoria deve-se a John Bowlby (1969/1984; 1973; 1980) que, de forma inovadora, contribuiu para a compreensão da natureza da ligação da criança à mãe.

No contexto familiar, a criança estabelece uma relação privilegiada com uma figura particular, através dos seus comportamentos de cuidados. Esta relação desenvolve-se no âmbito de um sistema interactivo e complementar, em que se articulam o papel da criança, em busca de cuidados, que lhe garantam a satisfação das suas necessidades de protecção, e o papel do adulto disponível e responsivo às solicitações da criança. Ao prestar regularmente os cuidados, o adulto tenderá a tornar-se para a criança numa *figura de vinculação*, constituindo para a criança a primeira fonte de conforto e segurança psicológica.

O recém-nascido vem equipado com uma série de sistemas comportamentais prontos a ser activados por determinados estímulos na interacção com o meio. Desde logo,

comporta-se de um modo característico para com os seres humanos: orienta-se para estes, segue-os com o olhar, procura agarrá-los, sorri ou pára de chorar ao ouvir uma voz. Nos primeiros meses, diferentes comportamentos, como chorar ou chamar, tendem a ser dirigidos para uma figura particular através de *comportamentos de sinalização*, cujo efeito é trazer essa figura para junto da criança, ou através de *comportamentos de aproximação*, cujo efeito consiste em conduzir a criança até à figura de vinculação. Estes comportamentos manifestam-se em determinadas circunstâncias e têm efeitos específicos no comportamento materno. Entretanto, o bebé vai manifestando gradualmente comportamentos diferenciados consoante as pessoas, observando-se uma orientação preferencial para certos estímulos e uma tendência para se aproximar do que é familiar. Os comportamentos de procura de proximidade tornam-se claramente orientados para uma determinada figura, frequentemente, para a figura materna.

Com o desenvolvimento de um sistema de comunicação específico na relação e com o desenvolvimento motor da criança, torna-se evidente a procura da proximidade de uma figura preferencial, que funciona como uma *base segura* ou como um *refúgio seguro*. A procura ou a permanência junto da mãe como um *refúgio* significa que a criança está alarmada, no entanto se a criança depois retoma a exploração, então a figura de vinculação deixa de constituir um refúgio para passar a ser para a criança uma *base segura*. A proximidade da figura de vinculação originou uma diminuição no nível de activação do sistema de medo e do sistema de vinculação, possibilitando que o sistema de exploração fosse activado (Soares, 2006).

Na relação de vinculação existe uma figura vinculada que procura protecção e uma figura de vinculação, considerada mais forte e capaz, que proporciona à criança um sentimento de segurança. Na *regulação da proximidade*, há a considerar que o comportamento não responsivo por parte da figura de vinculação afecta o estabelecimento de objectivos de proximidade da criança, do mesmo modo que a percepção do perigo. Se a percepção do perigo conduz à prudência, o comportamento não responsivo da figura de vinculação leva à ansiedade na criança. O conflito entre o sistema de medo e o sistema de exploração pode também provocar hesitações entre a aproximação da figura de vinculação ou do estímulo ambiental, conduzindo a uma situação de incerteza. A figura de vinculação tem um papel importante na regulação mútua. Quando o meio é avaliado como muito ameaçador, a proximidade da figura de vinculação pode não ser suficiente. Assim, o modo como a criança vai lidar com a situação vai depender do comportamento da figura de vinculação. Esta pode negar o apoio à criança, deixando-a desamparada, pode ajudá-la a

confrontar-se com a situação, ou pode afastar-se da situação ameaçadora juntamente com a criança. Os diferentes padrões de interação, em situações de ameaça para a criança, terão consequências diferentes no desenvolvimento da relação de vinculação e, em particular, no desenvolvimento da segurança (Bretherton, 1985).

Para Siegel (1999), as relações de vinculação são decisivas na organização do comportamento e no desenvolvimento cerebral, contribuindo para o desenvolvimento da memória, da narrativa, da emoção, das representações e dos estados da mente.

1.1 Desenvolvimento da vinculação

Bowlby considera que as diferentes figuras de vinculação não assumem o mesmo significado para a criança e defende a sua hierarquização: uma figura de vinculação primária e figuras de vinculação secundárias. A figura de vinculação primária é a figura a quem a criança ficou especialmente ligada devido à regularidade com que desempenhou o comportamento de cuidados (Bowlby, 1969/ 1984).

Se, no início, a proximidade da criança relativamente a uma figura particular é mais frequentemente estabelecida pelo adulto, no final de poucos meses é a criança que passa a controlar a proximidade e a procura de contacto, sendo a partir destes comportamentos que a vinculação, definida como uma ligação afectiva a uma figura particular, se constrói e, posteriormente, é mediada, mantida e desenvolvida. A *vinculação* consiste, pois, no modo como o sistema comportamental de vinculação se torna *organizado* em relação a uma determinada figura, designando a disposição da criança para procurar a proximidade e manter o contacto com essa figura, sendo que esta disposição é um atributo persistente da pessoa vinculada, não situacional e tende a ser duradouro. Embora as crianças se tornem vinculadas às pessoas que delas cuidam, a *qualidade da vinculação* pode variar na segurança e no conforto experimentado a partir dessas relações e, assim, na possibilidade de essas figuras funcionarem para a criança como uma *base segura* a partir da qual explora o meio.

O *comportamento de vinculação* designa, por sua vez, qualquer comportamento que tem como resultado previsível estabelecer ou manter a proximidade da criança com uma figura particular (Bowlby, 1969/1984), podendo ser *activado ou desactivado* em função de factores situacionais relativos à criança, ao meio físico e ao comportamento materno. Fundamentais são as condições relativas ao comportamento materno, como o

desencorajamento da proximidade da criança ou a ausência ou partida da mãe. A disponibilidade e a atenção materna poderão, só por si, ser suficientes para desactivar o comportamento de vinculação da criança e estimular a exploração. O simples conhecimento de que a figura de vinculação está disponível e responsiva promove um sentimento de segurança na criança e encoraja-a a valorizar e a manter a exploração.

Bowlby defendeu que os indivíduos desenvolvem estratégias para se adaptarem às modalidades de responsividade das figuras de vinculação (Bowlby, 1973, 1980). Essas estratégias fazem parte do equipamento do indivíduo para se adaptar ao meio, e consistem em estratégias primárias e secundárias. As *estratégias primárias* estão integradas no sistema comportamental principal e são sensíveis ao contexto e às condições de activação. Por exemplo, a procura de proximidade da figura de vinculação constitui uma estratégia primária em situação de alarme. As *estratégias secundárias* envolvem padrões comportamentais que visam minimizar ou manipular as respostas não adaptativas, substituindo-as por outras biologicamente preferíveis por aumentarem a eficácia reprodutiva. Quando o sujeito antecipa rejeição por parte da figura de vinculação, a *estratégia de evitamento* consiste na minimização da atenção e desactivação do sistema de vinculação, permitindo, contudo, manter a proximidade suficiente e necessária para assegurar a protecção. Quando, em situação de *stress*, as expectativas são marcadas pela imprevisibilidade e inconsistência na disponibilidade e atenção da figura de vinculação, o sujeito apresenta uma estratégia marcada pela *hipervigilância* face à acessibilidade da figura de vinculação, que corresponde à maximização da atenção e hiperactivação do sistema de vinculação (Main, 1990).

Estas *estratégias secundárias* dificultam o processamento dos sinais de perturbação e, em alguns casos, podem conduzir a expressões distorcidas ou sintomáticas de perturbação. Consoante o tipo de estratégia secundária, estas expressões sintomáticas assumem diferentes formas. Assim, os indivíduos com estratégias de desactivação tendem a excluir, defensivamente, os sinais de perturbação, e, por isso, minimizam os sintomas, limitam a expressão de vulnerabilidade pessoal em face do problema ou ameaça, e desvalorizam a necessidade de receber suporte. Os indivíduos com estratégias de hiperactivação tendem a amplificar os sinais de perturbação num esforço prolongado e inadaptativo para obter a atenção e o conforto de uma figura de vinculação (Kobak, Ruckdeschel, & Hazan, 1994).

A *desorganização* da vinculação traduz, por sua vez, o colapso das estratégias acima referidas, que revelam, ainda assim, organização da vinculação. Ao nível comportamental,

a desorganização da vinculação na criança pode manifestar-se em situações de *stress*, através de sequências ou da simultaneidade de comportamentos contraditórios, de comportamentos bizarros, posturas anómalas ou estereotípias, *dirigidas à figura de vinculação* (Main & Solomon, 1990). No plano discursivo, em jovens e adultos, a desorganização pode exprimir-se em lapsos na monitorização do discurso e do pensamento, em narrativas adversas ou de natureza traumática acerca das experiências de vinculação (Main & Goldwin, 1998).

Bowlby (1980) introduziu o conceito de *sistemas segregados* para explicar que, quando a dor associada a certas experiências relacionais, como a perda ou o abuso, é tão forte que as memórias e emoções associadas a estas experiências ameaçam perturbar a capacidade de funcionamento do indivíduo, estas memórias e emoções podem ser codificadas num modelo representacional, que é armazenado de modo não facilmente acessível à consciência, pondo em marcha processos de *exclusão defensiva*. Estes sistemas segregados consistem numa forma de exclusão extrema e potencialmente patológica. Se a segregação da informação traumática, pela sua natureza defensiva, permite aos indivíduos funcionar adequadamente no imediato, a longo-prazo existem riscos de inadaptação, pois os modelos segregados não podem ser bloqueados da consciência indefinidamente, sendo frequente que esta forma de exclusão defensiva falhe nos momentos em que os indivíduos mais necessitam, isto é, quando experienciam situações internas ou externas de ameaça. Nestas circunstâncias, quando o sistema de vinculação está intensamente activado, é mais provável a emergência de emoções e memórias segregadas, o que potencia a desregulação emocional e a desorganização (George & Solomon, 1999). O indivíduo fica submerso em sentimentos de desespero, vulnerabilidade, medo de abandono ou perda de controlo, abrindo-se à invasão de sintomatologia e à expressão de perturbação (George, West, & Pettem, 1999).

Um conceito-chave na teoria da vinculação é o de *trajectórias de desenvolvimento*. Este conceito foi ilustrado através da metáfora da rede de caminhos de ferro, com a sua dispersão e cruzamento de trilhos, e dos ramos de uma árvore (Bowlby, 1973; Sroufe, 1997; Sroufe et al., 1999). A analogia subjacente pressupõe que existem mais linhas ao centro, significando deste modo maior diversidade na normalidade. Devido às ramificações subsequentes, o início em qualquer uma das linhas principais conduz a um vasto número de resultados finais (multifinalidade). Quanto mais tempo o sujeito percorrer uma trajectória distante da normalidade ou inadaptativa, menos provável será o retorno ao centro. A psicopatologia consiste, assim, num desvio desenvolvimental, fruto de uma série

sucessiva de inaptações, sobretudo se as adaptações subsequentes continuarem a representar o desvio da trajectória adaptativa. A mudança, embora possível, torna-se mais difícil quando a qualidade das experiências continua a ser promotora do desvio (Sroufe et al., 1999; Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005b).

Um outro conceito central é a noção de *sistema comportamental*. A vinculação é mediatizada, nos primeiros meses de vida, por comportamentos gradualmente dirigidos a uma figura particular, que se manifestam em determinadas circunstâncias e com determinado efeito no comportamento materno. Estes comportamentos correspondem a uma organização comportamental simples, traduzida no sistema pela *activação de padrões de acção fixa*. Estes comportamentos vão sendo progressivamente organizados em sistemas de objectivos corrigidos, que se tornam progressivamente mais complexos e sofisticados. Ao fim de alguns meses, a procura de proximidade e de contacto através de comportamentos de vinculação é cada vez mais controlada e exercida pela criança. O *sistema de vinculação* é um dos sistemas comportamentais de base biológica, característico da espécie. Particularmente importantes na relação mãe-filho são também o comportamento exploratório e o comportamento parental. O sistema comportamental que controla o comportamento exploratório é a antítese do sistema de vinculação. Estes dois sistemas são activados de forma alternada, têm funções distintas e a sua relação parece trazer vantagens para a espécie humana. Quando a criança se sente segura, que corresponde a uma activação reduzida do sistema de vinculação, a criança usa a mãe como uma *base segura* a partir da qual explora o meio (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Deste modo, o sistema de vinculação possibilita a manutenção da proximidade e a obtenção de segurança, o que promove a exploração. É a função de protecção do sistema de vinculação que torna possível a promoção da aprendizagem e o contacto com o ambiente, inerentes ao sistema de exploração (Bowlby, 1969/1984). Este sistema permite extrair informação do meio, é activado por estímulos que têm determinadas características, como sejam a novidade e/ou a complexidade, e é desactivado por estímulos que têm outras características, como seja a familiaridade.

O comportamento de cuidados é complementar do sistema de vinculação (Bowlby, 1969/1984). Ambos têm como resultado previsível a manutenção da proximidade e como função biológica a protecção da criança. O comportamento parental contribui para a sobrevivência dos seus descendentes, organizando-se a partir de uma base biológica e das experiências de vinculação e da aprendizagem.

Bowlby (1969/1984) concebeu a existência de *modelos internos dinâmicos* a propósito da organização dos sistemas comportamentais e como um dos componentes do sistema de vinculação. A partir do primeiro ano de vida, com o desenvolvimento de competências cognitivas, a criança torna-se capaz de compreender que condições diminuem o seu *stress* e a fazem sentir segura, tornando-se, assim, capaz de organizar o seu comportamento de acordo com um plano, para alcançar os seus objectivos. As competências cognitivas para estabelecer um plano são, de acordo com Bowlby, a capacidade para atribuir a outro a capacidade de ter objectivos e planos, a capacidade para inferir os objectivos do outro, e a capacidade para estabelecer um plano que tenha o efeito desejado na mudança dos planos e comportamentos do outro. Segundo Bowlby (1988), a criança constrói vários modelos internos dinâmicos, particularmente, da mãe, do pai e de si própria, na interacção com cada uma das figuras parentais. Os conhecimentos que a criança vai adquirindo acerca das figuras de vinculação, do mundo que a rodeia e de si própria, passam a ser cada vez mais estruturados, através de modelos representacionais, com a ajuda dos quais percebe e interpreta os acontecimentos e elabora planos para o futuro. Assim, o modelo interno do mundo integra a noção de quem são as figuras de vinculação, onde se encontram e como é esperado que respondam. O modelo interno do *self* integra a noção de ser ou não aceite e valorizado pelas figuras de vinculação. Estes modelos constituem estruturas cognitivas influentes, possibilitando antecipar a acessibilidade e a responsividade das figuras de vinculação, de que depende o seu sentimento de confiança ou, pelo contrário, de incerteza na sua disponibilidade. Cerca do segundo ano de vida, é a confiança ou não na disponibilidade da figura de vinculação que passa a ser determinante (Bowlby, 1973).

A partir dos três anos, as antecipações acerca da disponibilidade ou indisponibilidade são cada vez mais relevantes. A criança, ao observar o comportamento da mãe e o que a influencia, começa a ser capaz de inferir sobre os objectivos da mãe e sobre os planos que a mesma tem para os atingir. Desenvolve-se uma *relação recíproca corrigida por objectivos*. Para além da acomodação dos seus objectivos ou comportamentos aos da mãe, a criança começa também a procurar influenciar e a mudar os planos maternos, no sentido de uma maior convergência com os seus. Esta fase implica que a criança tenha atingido um certo nível de desenvolvimento cognitivo e que tenha vivido experiências sociais significativas, sobretudo através de interacções com uma figura de vinculação *sensível* (Ainsworth, 1990). A qualidade das suas experiências e as competências entretanto adquiridas, no sentido de se aperceber das metas do outro e de as regular em face dos seus

próprios objectivos, parecem estar relacionadas com o seu sucesso em manter a proximidade e a comunicação com as figuras de vinculação.

A criança vai progressivamente revelando maior capacidade em aceitar a separação mais prolongada das figuras de vinculação, tolerando mais a distância relativamente aos pais. Gradualmente, a sua relação com a figura de vinculação vai-se tornando menos focada na manutenção da proximidade comportamental e mais centrada na sinalização mútua e na coordenação de planos (Cicchetti, Cummings, Greenberg, & Marvin, 1990). O comportamento de vinculação passa, assim, a ocorrer com menor frequência, ainda que não desapareça totalmente. Mas, do ponto de vista do sujeito vinculado, o sentimento de segurança mantém-se estreitamente ligado à acessibilidade dos pais (Parkes & Stevenson-Hinde, 1982).

A adolescência representa um período de transição entre as vinculações da infância, estabelecidas fundamentalmente no contexto das relações pais-filhos, e as ligações adultas, que extravasam geralmente as relações familiares (Soares, 1996). Nessa medida, a adolescência constitui uma etapa da vida em que a revisão dos modelos de vinculação encontra condições favoráveis. A *possibilidade de revisão dos padrões precoces* está associada a transformações, quer na natureza da interacção com a figura de vinculação, quer a transformações na percepção acerca da responsividade e acessibilidade dessa figura (Ainsworth, 1990).

Weiss (1984) constatou que os adolescentes continuam a procurar o apoio parental, mas também procuram libertar-se da sua vigilância. Entre necessidades de vinculação e de exploração e autonomia, os pais podem funcionar para o adolescente como *figuras de vinculação na reserva*, isto é, constituindo recursos disponíveis para o adolescente quando este é confrontado com situações de *stress*. O desempenho deste papel é complexo, na medida em que exige flexibilidade dos pais na percepção do filho adolescente e renúncia de gratificações retiradas do papel de prestação de cuidados ao longo da infância, ao que se associam, ainda, os desafios das tarefas da meia-idade com que estão confrontados. Por parte do adolescente, a oportunidade para estabelecer novas relações com os pares constituirá decerto uma ocasião importante para reavaliar as vinculações precoces, em particular, as inseguras. A intimidade construída na relação com os amigos pode introduzir uma descontinuidade no percurso desenvolvimental do sujeito, exigindo a reavaliação e reestruturação da relação de vinculação com os pais (Soares, 1996). Mas o adolescente explora emocionalmente a possibilidade de se separar dos pais, em parte porque sabe que

poderá recorrer a eles se necessário (Allen & Land, 1999; Freeman & Brown, 2001; Nickerson & Nagle, 2005).

A avaliação da vinculação na idade adulta, por sua vez, exige uma clarificação dos critérios de definição do comportamento de vinculação e sua avaliação empírica em diferentes tipos de relações adultas. Importa examinar as diferenças em relação às vinculações na infância, nomeadamente, em relação à frequência e intensidade de activação do comportamento de vinculação na idade adulta, como é por exemplo, o leque de recursos disponíveis no adulto para obter segurança quando confrontado com situações de perturbação da vinculação, como o divórcio ou a perda definitiva (Soares, 1996). A qualidade da vinculação no estado adulto tem sido examinada no quadro das relações íntimas, relacionando estilos de vinculação e relações amorosas (Bartholomew & Horowitz, 1991; Collins & Read, 1990; Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Erev, 1991). Estudos recentes têm demonstrado que os indivíduos seguros são mais capazes de solicitar e prestar cuidados ao companheiro, constituindo-se como uma base segura para o par e a ele recorrendo também como base segura (Crowell, Treboux, & Waters, 2002; Roisman, Tsai, & Chiang, 2004).

Em síntese, os modelos internos dinâmicos correspondem a construções mentais que o sujeito elabora com base em processos de acomodação e assimilação, integram o sistema de vinculação e constituem-se como guias que orientam e ajudam a monitorizar o comportamento (Bowlby, 1969/1984, 1973, 1980). Enquanto representações mentais, incluem componentes cognitivos e afectivos e proporcionam ao indivíduo um conjunto de regras, que constituem um sistema regulador da orientação do comportamento e da avaliação das experiências (Bretherton, 1985), da organização e direcção da atenção e da memória, que vão permitir ou limitar o acesso a determinadas formas de conhecimento em relação ao *self*, às figuras de vinculação e à relação entre o *self* e essas figuras. Estas regras, muitas das quais podem ser inconscientes, reflectem-se na organização do pensamento e da linguagem, directa ou indirectamente relacionada com a vinculação (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985). Os modelos internos, quando são revistos adequadamente, em face de mudanças desenvolvimentais e ambientais, possibilitam a reflexão e a comunicação acerca dos acontecimentos e das relações de vinculação passadas e futuras, e facilitam a criação de planos conjuntos, tendo em vista a regulação da proximidade e a resolução de conflitos. Um indivíduo que possa contar com uma figura de vinculação responsiva, que dê suporte e protecção, fica disponível para se envolver na exploração e na interacção social

(Bretherton & Munholland, 1999). Estes modelos vão influenciar a auto-estima, a qualidade dos processos de regulação emocional e a qualidade das relações interpessoais.

1.2 O papel da vinculação no desenvolvimento da personalidade

Bowlby concebe a personalidade como uma estrutura que se desenvolve continuamente ao longo de uma determinada *trajectória*, entre várias possíveis. No início, o sujeito tem acesso a um amplo leque de trajetórias, podendo avançar ao longo de qualquer uma delas. A trajetória escolhida depende da interação de influências internas e ambientais. Nos primeiros anos, os processos psicológicos do sujeito, relacionados com a estrutura da personalidade, são dotados de maior sensibilidade ao meio, especialmente ao meio familiar, mas esta sensibilidade tende a diminuir ao longo da infância, sendo já muito limitada no fim da adolescência. O processo de desenvolvimento da personalidade pode variar ao longo do seu curso, de modo mais ou menos adaptativo, de acordo com o meio em que ocorre. Com a subsequente redução da sensibilidade ao meio, aquele processo torna-se cada vez mais limitado ao percurso que foi escolhido.

Determinados processos tendem a manter o desenvolvimento da personalidade na trajetória em que esta se encontra, sendo de considerar não só a influência do meio, isto é, o facto de o contexto familiar em que a criança cresce tender a permanecer relativamente inalterado, mas também as características estruturais da personalidade que, uma vez desenvolvidas, têm os seus processos de auto-regulação que vão manter a trajetória existente. O sujeito é um agente activo que selecciona e organiza as influências, contribuindo, desse modo, para a construção da sua história pessoal. Mas determinados acontecimentos de vida poderão fazer divergir o desenvolvimento do indivíduo da trajetória inicialmente traçada. O modo como os pais desempenharam o seu papel de cuidados é fundamental para a qualidade da vinculação. Assim, os pais que são capazes de funcionar como uma base segura, que estão acessíveis e disponíveis para atender a criança, que dão apoio quando solicitados, mas ao mesmo tempo são capazes de respeitar a individualidade da criança, constituem condições favoráveis para que as suas crianças sejam seguras, confiantes em si próprias e nos outros, cooperantes e prestáveis. Bowlby considera que a integração na personalidade deste sentimento de segurança em si e no outro é fundamental ao longo da vida.

A partir da investigação e experiência clínica, Bowlby (1988) diferenciou vários padrões de funcionamento parental que constituem factores desfavoráveis ou patogénicos no desenvolvimento da personalidade, são eles: a não responsividade persistente e/ou rejeição e depreciação, por parte de uma ou ambas as figuras parentais, face ao comportamento de vinculação do filho; a descontinuidade mais ou menos frequente da relação parental, incluindo períodos em hospital ou outras instituições; as ameaças persistentes de deixar de gostar do filho, utilizadas como meio de o controlar; as ameaças de abandono da família, como meio de coacção da criança ou do cônjuge; as ameaças de fuga, suicídio ou morte; a indução de culpa no filho através da sua responsabilização pela doença ou morte da figura parental; a pressão por parte de uma figura parental, geralmente a mãe, para que o filho actue como figura de vinculação para ela, o que traduz uma situação de inversão de papel, baseada no encorajamento inconsciente de um sentimento prematuro de responsabilidade para com os outros ou na utilização intencional de ameaças ou indução de culpa. Estas experiências poderão conduzir a uma vinculação ansiosa, caracterizada por uma constante ansiedade em não perder a figura de vinculação e, assim, por um baixo limiar de activação do comportamento de vinculação.

No que respeita à perda, os conceitos de Bowlby (1973) contribuíram para a compreensão dos processos de luto nas crianças e adolescentes, através da explicitação dos padrões de resposta à perda de um dos progenitores e das condições ambientais de que dependem. Estabeleceu ainda uma relação entre a incidência da perda na infância e a manifestação de perturbação psiquiátrica neste período do desenvolvimento, afirmando que a maioria dos resultados patológicos na infância são o produto da interacção de condições adversas, após a perda, com os processos de luto iniciados por esta. Hauser (2007) num estudo sobre a perda precoce e o desenvolvimento adolescente referiu que os processos de luto patológico possuem um impacto negativo no desenvolvimento posterior e que a capacidade para o luto depende de uma relação de vinculação segura na infância.

Em suma, a rejeição repetida, a ameaça persistente e a perda de figuras de vinculação constituem, entre outras, situações não-normativas no desenvolvimento psicológico, podendo assumir um papel patogénico significativo na trajectória desenvolvimental do indivíduo, e surgirem associadas à psicopatologia.

2. ABORDAGEM DESENVOLVIMENTAL DA PSICOPATOLOGIA

Nas últimas décadas do séc. XX, assistiu-se ao aparecimento de estudos empíricos acerca das implicações da qualidade da vinculação no desenvolvimento das múltiplas trajectórias de desenvolvimento, havendo um interesse crescente sobre como a teoria e a investigação da vinculação podem contribuir para a compreensão da psicopatologia. Começamos por apresentar em linhas gerais alguns aspectos conceptuais importantes da psicopatologia do desenvolvimento, destacando a perspectiva organizacional do desenvolvimento, para depois nos debruçarmos sobre a avaliação e diferenças individuais da vinculação na infância e no estado adulto, tendo em consideração as relações entre vinculação e psicopatologia em cada um destes períodos desenvolvimentais.

2.1 Perspectiva organizacional do desenvolvimento

A perspectiva organizacional fornece uma grelha conceptual para a psicopatologia do desenvolvimento, no sentido de compreender a complexidade do desenvolvimento, clarificando as relações entre o desenvolvimento normativo, o risco e a psicopatologia (Cicchetti & Cohen, 1995; Cicchetti & Rogosch, 2002; Sroufe et al., 2005b; Sroufe & Rutter, 1984). Esta perspectiva debruça-se sobre a qualidade da integração no indivíduo, afirmando que o desenvolvimento humano ocorre através de sucessivas reorganizações qualitativas, com base em processos de diferenciação e subsequente articulação, integração hierárquica e reorganização dentro e entre os sistemas biológico, psicológico e social. O processo desenvolvimental consiste pois num conjunto de tarefas que vão emergindo em função da idade e do estágio em que o indivíduo se encontra, e que permanecem críticas ao longo do ciclo de vida, constituindo o produto da história da criança e das suas circunstâncias – dos genes, do contexto ambiental imediato, do suporte social e da história individual (Sroufe et al., 2005b).

Em cada período do desenvolvimento, a adaptação bem sucedida ou competente significa uma integração adaptativa dentro e entre os sistemas biológico, emocional, comportamental, cognitivo e social. O indivíduo revela mestria na resolução dos desafios e mudanças desenvolvimentais com que é confrontado. Assim, a competência prévia tende a

promover a competência posterior, visto as estruturas precoces de organização individual serem incorporadas nas estruturas subsequentes. Um indivíduo que se confrontou de forma adaptativa com as mudanças desenvolvimentais de um estágio particular estará mais bem equipado para se confrontar com novas mudanças desenvolvimentais, embora isto não signifique que a adaptação precoce assegure em absoluto a adaptação posterior. Mudanças ou situações de *stress*, a nível interno ou ambiental, poderão pôr em risco as capacidades adaptativas do indivíduo. Mas, a competência prévia, na medida em que corresponde a uma melhor organização dos sistemas biológico e comportamental, possibilita, ainda que de forma probabilística, uma melhor expectativa de que os recursos adaptativos estarão mais disponíveis no indivíduo, no sentido deste enfrentar e lidar com as novas solicitações desenvolvimentais (Cicchetti & Cohen, 1995).

A incompetência no desenvolvimento corresponde, por sua vez, a dificuldades ou a esforços inadaptativos para lidar com as mudanças de determinado período desenvolvimental, podendo resultar num atraso ou desaceleração desenvolvimental. À medida que a integração hierárquica prossegue, uma integração pobre no interior de um sistema pode comprometer a integração adaptativa entre os sistemas. A incompetência prévia tende a promover a incompetência subsequente, pois o indivíduo chega a um novo estágio sem os recursos adequados para responder aos desafios. Por exemplo, domínios ou áreas que, no passado, constituíam vulnerabilidades numa estrutura organizacional, podem permanecer no indivíduo, emergindo, posteriormente, através da reactivação de experiências particulares, em situações de crise ou *stress* (Soares, 2000a). Mais uma vez, esta progressão é probabilística e não inevitável. As mudanças internas e ambientais podem, pelo contrário, conduzir a melhorias na capacidade do sujeito lidar com os desafios, resultando num redireccionamento da trajectória desenvolvimental (Cicchetti & Cohen, 1995).

Sroufe et al. (2005b) salientam que é a organização que dá sentido ao comportamento, e não a sua intensidade ou ocorrência singular, reflectindo influências múltiplas que ocorrem entre emoção, cognição e comportamento social. O desenvolvimento corresponde assim a um conjunto de mudanças sucessivas que ocorrem na organização do comportamento, nas suas relações com o contexto e com os outros significativos, caracterizando-se por uma complexidade cada vez maior. A organização do comportamento constitui o ponto de partida para definir as diferenças individuais, pressupondo que a criança constrói activamente o seu desenvolvimento - a experiência constrói a criança e esta constrói o desenvolvimento, através do modo singular e único

como procura, reage e interpreta o mundo. O conceito de vinculação ou de *modelos dinâmicos* (Bowlby, 1973) suporta esta perspectiva, ao integrar a noção de que os aspectos centrais da organização do *self* e da realidade surgem precocemente, a partir de uma matriz de organização individual, cuja origem se encontra nas relações primárias. Os mesmos princípios de integração, auto-organização e diferenciação estão na base do desenvolvimento adaptativo e inadaptativo.

A questão da continuidade ou descontinuidade no desenvolvimento deve ser equacionada tendo em conta a forma como o desenvolvimento se torna *organizado* para o indivíduo, isto é, em termos de coerência do desenvolvimento individual. Coerência significa a forma pela qual a organização do funcionamento numa determinada idade é previsível a partir das organizações prévias e conduz a padrões futuros de adaptação (Sroufe et al., 2005b). Nesta linha, assume particular relevo a noção de trajetórias de desenvolvimento, que pode ser definida a partir dos conceitos de *multiplicidade* e de *equifinalidade* da teoria dos sistemas (von Bertalanffy, 1986).

O conceito de *multiplicidade* define que diferentes resultados podem emergir a partir de um determinado ponto de partida. Embora um conjunto de indivíduos partilhe determinadas características à partida, isso não significa que apresentem o mesmo padrão de resultados desenvolvimentais subsequentes. A relação dinâmica que se estabelece no desenvolvimento entre factores de risco e factores protectores está associada a diferentes resultados. Por exemplo a existência de um pai alcoólico pode contribuir para que um filho se torne alcoólico, dependente, ou para que venha a exibir outras patologias, mas também pode contribuir para um funcionamento adaptativo. Importa, pois, identificar os processos e as trajetórias que contribuem para a dispersão de resultados desenvolvimentais.

O conceito de *equifinalidade*, por sua vez, refere que o mesmo resultado desenvolvimental surge ao longo do tempo a partir de pontos de partida diferentes (Cicchetti & Rogosch, 1996). Este conceito permite considerar a variedade de trajetórias desenvolvimentais que confluem para uma mesma perturbação. Por exemplo, os adolescentes que desenvolvem uma perturbação depressiva podem apresentar uma predisposição genética para a perturbação, podem ter experienciado maus-tratos no meio familiar, ou podem ter perdido os pais precocemente. O resultado comum de depressão na adolescência é, assim, o resultado de processos diversos em diferentes adolescentes, mais do que a mesma progressão para a depressão em todos eles (Cicchetti & Rogosch, 2002).

Os conceitos de *multiplicidade* e de *equifinalidade* sugerem a necessidade da investigação ter subjacente um quadro amplo, no qual se incluem os factores que influenciam as origens e o curso de determinada trajetória, considerando a dinâmica entre *factores de risco* e *factores protectores*.

O estudo da relação entre *factores de risco* e o desenvolvimento da psicopatologia tem vindo a merecer a atenção dos investigadores nas últimas décadas. Contudo, numa revisão da investigação sobre os *factores de risco* de perturbações psicológicas na infância, Greenberg (1999) faz ressaltar a existência de alguns pontos críticos na investigação do risco, em particular: a relação não linear entre factores de risco e resultados desenvolvimentais; a existência de trajetórias múltiplas conducentes a uma perturbação ou estabelecidas a partir desta; o facto de muitos dos factores de risco não serem específicos de determinadas perturbações; a ausência de um só factor ou causa para a maioria das perturbações, traduzindo a complexidade do desenvolvimento; a necessidade de uma abordagem ecológica no estudo do risco; e, por fim, a necessidade de considerar o impacto diferencial dos factores de risco em função do período de desenvolvimento em que ocorrem, bem como em função de outros factores como o género, etnia ou características familiares.

De um ponto de vista desenvolvimental, é provável que uma multiplicidade de factores biológicos, psicológicos e sociais estejam relacionados com o desenvolvimento de trajetórias mais ou menos adaptativas. Um *factor de risco* é algo que pode aumentar a probabilidade de resultados negativos, como é o caso de certas circunstâncias de vida que promovem a inadaptação ao longo do desenvolvimento. Os factores geradores de vulnerabilidades interagem com o desenvolvimento da organização dos sistemas biológico e comportamental, podendo reduzir as possibilidades de uma adaptação bem sucedida e levar a uma organização patológica nos diferentes domínios do desenvolvimento (Cicchetti & Cohen, 1995). A compreensão dos processos e mecanismos que ao longo do desenvolvimento promoveram ou inibiram uma adaptação bem sucedida é mais relevante do que o conhecimento dos preditores específicos de uma perturbação psicológica (Sroufe & Rutter, 1984).

A investigação sobre *factores protectores* é mais recente e o seu conhecimento mais limitado. As características do indivíduo, a qualidade das suas relações e o envolvimento na comunidade podem constituir factores protectores, actuando de forma a impedir a ocorrência de um factor de risco, a amortecer os seus efeitos, através da alteração de

mecanismos mediadores que conduzem os factores de risco a uma perturbação, ou ainda, a diminuir a possibilidade de ocorrer uma perturbação. Rutter (1990) identificou quatro tipos de processos que poderão actuar como *protectores*: (1) processos que reduzem o impacto do risco e poderão intervir através da alteração do significado do risco ou da alteração na exposição ou envolvimento na situação de risco; (2) processos que diminuem a probabilidade da escalada negativa de reacções em cadeia que se seguem à exposição ao risco e que servem para perpetuar os efeitos do risco; (3) processos que promovem a auto-estima e a auto-eficácia através de relações de vinculação seguras ou do sucesso na realização de tarefas e, (4) processos que permitem novas oportunidades de desenvolvimento pessoal. Mais relevante do que comparar os sujeitos que, em face da exposição a situações de risco elevado, desenvolvem ou não uma perturbação importa, segundo Sroufe et al. (2005b), conhecer os factores protectores ou os recursos que promovem a resiliência do indivíduo em face do risco.

À medida que a perspectiva desenvolvimental vem assumindo um papel mais proeminente na investigação em psicopatologia e se reconhece a diversidade de trajectórias de desenvolvimento, tem-se verificado um interesse crescente pelo estudo da *resiliência* (Garmezy & Masten, 1994; Masten, Best, & Garmezy, 1990). Esta linha de investigação pode permitir examinar os constrangimentos biológicos e sociais que operam ao longo do ciclo de vida em aspectos múltiplos do processo desenvolvimental bem como ajudar a esclarecer a variabilidade na resposta individual à adversidade. O estudo dos mecanismos e processos associados a um funcionamento resiliente tem sido conduzido por investigadores da psicopatologia do desenvolvimento (Cicchetti & Garmezy, 1993; Rutter, 1987, 1990), envolvendo uma mudança no foco da investigação, isto é, do estudo das variáveis de risco para o estudo integrado dos mecanismos protectores e de risco (Soares, 2000a).

A *resiliência* tem sido descrita como um processo dinâmico que pressupõe uma adaptação positiva no contexto da adversidade. Esta noção implica, por um lado, a exposição a ameaças ou adversidade significativa e, por outro, uma adaptação bem sucedida ou competência, apesar dos desafios do processo desenvolvimental (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Este conceito tem sido entendido como o pólo positivo das diferenças individuais na resposta ao *stress* e à adversidade (Rutter, 1987). A resiliência de um indivíduo é uma função de processos protectores, internos e externos e, nesse sentido, uma questão importante consiste em conhecer os mecanismos individuais, familiares ou sociais que lutam *contra* a trajectória do risco para a psicopatologia e que contribuem para resultados adaptativos, mesmo em presença da adversidade. A resiliência não é absoluta

nem estável em absoluto, sendo gerida por uma interacção de factores protectores do indivíduo, do contexto familiar e do contexto social mais vasto (Soares, 2000a).

Alguns investigadores referem algumas questões críticas no estudo da resiliência, em particular, a ambiguidade nas definições e nas terminologias usadas, a heterogeneidade nos níveis de risco experienciados entre as crianças consideradas resilientes, a heterogeneidade na competência avaliada em diferentes domínios de desenvolvimento, a instabilidade desenvolvimental da resiliência e, ainda, o valor do conceito como construto científico (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Estes investigadores concluem que o estudo da resiliência poderá melhorar a nossa compreensão dos processos que afectam os indivíduos expostos ao risco, embora deva ser dada atenção às questões conceptuais e metodológicas associadas.

Em síntese, a resiliência não constitui um traço inerente e imutável nem deve ser confundida com uma capacidade hercúlica do indivíduo. Reflecte, sim, o processo desenvolvimental, como resultado da acção de factores de risco e de factores protectores. A resiliência do indivíduo pressupõe expectativas positivas em relação a si próprio e aos outros, mesmo em períodos de adversidade significativa, uma auto-regulação flexível e um conjunto de competências que deverão ficar acessíveis se necessárias (Sroufe et al., 2005b).

No desenvolvimento do indivíduo, existem *factores geradores de vulnerabilidades e factores protectores*, cuja influência varia em função do período desenvolvimental e do contexto social-ambiental em que ocorrem (Cicchetti & Cohen, 1995), e que constituem indicadores de processos e mecanismos complexos que têm impacto na adaptação do indivíduo. Estes factores promovem ou enfraquecem o desenvolvimento da competência nos sucessivos períodos do desenvolvimento, podendo estar associados à emergência de uma organização patológica (Rutter, 1990), sobretudo em indivíduos cujos factores de risco têm uma influência maior do que os factores protectores, acentuando as vulnerabilidades individuais, e diminuindo a capacidade de lidar com a adversidade (Cicchetti & Cohen, 1995). O desenvolvimento deve ser considerado como o resultado de um balanço entre acontecimentos de vida geradores de *stress* que aumentam a vulnerabilidade e factores protectores que promovem a resiliência (Soares, 2000a).

A psicopatologia é concebida, nesta perspectiva, como um *desvio desenvolvimental* (Sroufe, 1989) que resulta de uma sucessão de inaptações. Os diversos pontos de transição desenvolvimental fornecem novas oportunidades para a mudança, mas esta torna-

se mais difícil à medida que uma determinada trajectória inadaptativa é mantida durante um largo período de tempo. As circunstâncias presentes podem manter o indivíduo numa trajectória desviante ou conduzi-lo para uma adaptação mais positiva. O início precoce pode limitar até certo ponto, de forma probabilística, as possibilidades posteriores, mas o resultado final não pode ser conhecido a partir da condição inicial. É a história do indivíduo que vai determinar o nível e a natureza da mudança (Sroufe et al., 2005b).

2.2 Avaliação e diferenças individuais da vinculação na infância

A teoria da vinculação constitui uma teoria acerca do processo de construção de trajectórias desenvolvimentais, com base nas transacções que se estabelecem entre as características do sujeito e as influências ambientais. A partir da investigação empírica das diferenças individuais da vinculação, e tendo em conta a identificação dos diferentes padrões comportamentais de vinculação, apresentamos uma revisão da literatura sobre as relações entre a vinculação e a psicopatologia, tecendo ainda algumas considerações breves sobre as perturbações da vinculação.

Uma primeira linha de investigação da vinculação, iniciada nos anos 70, com o recurso a amostras normativas, começou por se debruçar sobre a infância, em particular, sobre a descrição e explicação das diferenças individuais nas relações dos bebés com as suas figuras de vinculação (Ainsworth et al., 1978; Soares, Lopes dos Santos, Martins, Jongenelen, Silva, Figueiredo, Mascarenhas, Almeida, Machado, Neves, Henriques, Serra, Silva, & Costa, 1995; Soares, Silva, Costa, & Cunha, 1999). Estes estudos possibilitaram a especificação dos padrões de organização comportamental da vinculação, com base no procedimento experimental designado por *Situação Estranha* (Ainsworth & Wittig, 1969). Este procedimento laboratorial procura avaliar, durante vinte minutos e ao longo de uma sequência de oito episódios, o sistema comportamental de vinculação do bebé com um ano de idade. Observa-se o modo como o bebé utiliza o adulto familiar como base segura, a sua reacção a estranhos e, ainda, o seu comportamento face à reunião com a figura familiar, após a sua ausência. A partir dos resultados, foi possível identificar grupos com uma determinada organização comportamental da vinculação, nomeadamente o grupo *inseguro-evitante* (A), o grupo *seguro* (B) e o grupo *inseguro-ambivalente/resistente* (C) (Ainsworth et al., 1978).

O padrão *inseguro-evitante* (A) é caracterizado, como o nome indica, por comportamentos de evitamento do bebé face à figura de vinculação, sobretudo nos episódios de reunião em que a ignora ou se afasta. Além disso, o bebé não revela tendência para resistir activamente ao contacto físico, nem para protestar com a ausência dessa figura. Não se observa uma comunicação aberta entre o bebé e a figura de vinculação, a comunicação directa tende a ser centrada em expressões positivas e as emoções negativas tendem a ser orientadas para os objectos. A estranha é tratada pelo bebé de modo semelhante à figura de vinculação, podendo haver até menor evitamento. O comportamento exploratório predomina sobre o comportamento de vinculação.

O padrão *seguro* (B) caracteriza-se pela procura de proximidade e interacção com a figura de vinculação, em particular nos episódios de reunião. O bebé procura manter o contacto com essa figura, não exibindo resistência nem evitamento à interacção nos episódios de reunião. Há sintonia entre o bebé e a figura de vinculação e a comunicação é franca. A qualidade do comportamento exploratório do bebé é maior na presença da figura de vinculação, havendo uma menor manifestação desses comportamentos quando esta figura se ausenta. O comportamento de vinculação alterna de forma equilibrada com o comportamento de exploração. O bebé pode exhibir ou não protestos à ausência da figura de vinculação e ser ligeiramente confortado pela figura estranha.

O padrão *inseguro-ambivalente/resistente* (C) caracteriza-se pela coexistência de comportamentos de procura activa de contacto com a figura de vinculação e de resistência à proximidade. Esta procura activa de contacto inibe ou dificulta a exploração do meio. O comportamento de vinculação predomina sobre o comportamento exploratório. A comunicação com a figura de vinculação assume uma tonalidade negativa, através de expressões de irritação, protestos e da incapacidade de ser tranquilizado pela figura de vinculação. A expressão intensa de sentimentos negativos impossibilita o prazer na exploração e o bem-estar. O bebé revela pouco evitamento, mas exhibe comportamentos que manifestam irritação ou passividade.

A partir da década de 80, com base nos trabalhos de Ainsworth e com a crescente utilização da *Situação Estranha*, surgem na literatura, sobretudo em amostras de risco, referências a dificuldades de classificação de certos bebés, nas categorias descritas inicialmente por Ainsworth et al. (1978). Se as relações de vinculação seguras e inseguras correspondem a estratégias organizadas adaptativas para lidar com os acontecimentos de vida desafiantes como, por exemplo, as separações ou as doenças, algumas relações de vinculação parecem caracterizar-se pela ausência de uma estratégia organizada (Main &

Solomon, 1990). Em amostras, incluindo histórias de maus-tratos, de abuso ou negligência, alguns casos tiveram que ser forçados a integrar a categoria segura, o que começou a colocar questões ao sistema de classificação tradicional da *Situação Estranha* (Carlson, Cicchetti, Barnett, & Braunwald, 1989). Uma reanálise de 200 casos que, em estudos anteriores, se tinham revelado difíceis de classificar nos três padrões de vinculação organizados, foi efectuada por Main e Solomon (1990). Esta reanálise revelou a ausência ou o fracasso, por vezes momentâneo, de uma estratégia organizada para lidar com o *stress* provocado pela *Situação Estranha*.

Os comportamentos de vinculação desorganizados foram explicados a partir do dilema que estas crianças vivem na *Situação Estranha*: a criança não pode resolver a ansiedade, visto a figura parental ser simultaneamente a fonte de medo e a única figura protectora disponível. Em face desta situação paradoxal, a criança sente-se *ameaçada sem solução* (Hesse & Main, 2006). Este dilema é expresso na *Situação Estranha* através de comportamentos de vinculação desorganizados, nomeadamente por comportamentos contraditórios simultâneos ou sequenciais, movimentos e expressões interrompidas ou sem direcção, movimentos ou posturas estereotipadas ou anómalas, paralisia ou lentificação de movimentos, expressões de medo ou apreensão em face da figura de vinculação e índices claros de confusão e desorganização na presença da figura parental (Main & Solomon, 1990).

Segundo Soares (2000b), os estudos realizados com amostras de classe média ou alta e de baixo risco têm evidenciado uma percentagem reduzida de crianças inseguras e de problemas desenvolvimentais durante infância (Fagot & Kavanagh, 1990; Feiring & Lewis, 1997; Lewis, Feiring, McGuffog, & Jaskir, 1984).

Alguns estudos longitudinais constataam que uma *vinculação segura* aumenta a probabilidade de ocorrerem resultados desenvolvimentais mais favoráveis durante a infância, em particular, uma autonomia, auto-estima e auto-confiança mais elevadas, um maior envolvimento no jogo simbólico, mais entusiasmo, persistência e cooperação na resolução de problemas, maior capacidade de tolerar o *stress*, menor probabilidade de ocorrência de problemas de comportamento (Sroufe et al., 2005b), competências de regulação e compreensão emocional mais adequadas em situações de conflito (Steele & Steele, 2005), maior prontidão em admitir os sentimentos negativos perante situações problemáticas e estratégias orientadas para as relações, tais como pedir ajuda ou conforto (Grossmann, Grossmann, & Kindler, 2005).

O estudo longitudinal de Minnesota (Sroufe et al., 2005b) verificou que as crianças com *vinculações ambivalentes* apresentam poucas competências na interação com os pares, no início e manutenção das relações, revelando imaturidade e baixa tolerância à frustração. Em situações de conflito, manifestam menor persistência na sua resolução e retiram-se da situação com maior frequência. Tendem a ficar perturbadas em face do mal-estar de outras crianças. Apresentam maiores dificuldades em tarefas cognitivas caracterizadas pela novidade ou estimulação elevada, são menos exploradoras, mais evitantes e menos flexíveis e eficazes na resolução de dificuldades. Na escola, os professores consideram-nas mais dependentes, passivas e sujeitas à frustração, sendo também mais tolerantes quando elas violavam as regras. As *crianças evitantes*, por sua vez, manifestam mais dificuldades com os pares, mostrando maior distância emocional em relação às outras crianças. Em face do mau-estar de outras crianças, são consideradas menos empáticas. Exibem dependência dos adultos através de procura de contacto, geralmente fora dos momentos de dificuldade. As expectativas dos professores são mais negativas, controlando mais o seu comportamento e expressando mais raiva na interação com estas crianças.

Alguns estudos desenvolvidos com amostras de alto risco revelaram percentagens mais elevadas de vinculação insegura na primeira infância e um funcionamento mais problemático com os pares, em particular, situações de conflito, dependência, hostilidade, punição ou vitimização, alterações do humor, e sintomatologia ansiosa ou depressiva e agressão durante a infância (Lyons-Ruth, Alpern, & Repacholi, 1993; Renken, Egeland, Marvinney, Sroufe, & Mangelsdorf, 1989; Shaw & Vondra, 1995; Spieker & Booth, 1988). Apesar dos primeiros estudos com este tipo de amostras não ter avaliado a desorganização, encontraram, mesmo assim, associações significativas entre a insegurança da vinculação e a psicopatologia. O *padrão evitante* manifestou uma tendência para estar associado a problemas anti-sociais e de externalização posteriores e o *padrão ambivalente* foi associado à introversão durante a infância (Renken et al., 1989).

A relação entre os padrões de vinculação precoce e determinadas perturbações na adolescência foi observada no estudo de Sroufe et al. (2005b). A desorganização da vinculação contribuiu significativamente para a *patologia geral* no final da adolescência, avaliada em função do número e severidade dos sintomas. A vinculação evitante apresentou-se igualmente correlacionada. A predição de patologia foi superior quando outras variáveis, como os cuidados precoces, aspectos da relação parental e a qualidade das relações com os pares na escola primária, foram incluídas cumulativamente com o

evitamento e a desorganização da vinculação. A história da vinculação, a relação parental subsequente e a história dos problemas de comportamento constituíram cumulativamente variáveis preditivas. Nos que respeita a *perturbações específicas*, a vinculação ambivalente esteve associada exclusivamente às perturbações ansiosas no fim da adolescência. A vinculação evitante associou-se à patologia em geral (já referido), às perturbações de externalização e aos distúrbios de conduta, a vinculação desorganizada esteve também associada aos distúrbios de conduta, e a vinculação insegura esteve associada à depressão. Em crianças com histórias de abuso físico, os distúrbios de conduta e oposicionais triplicaram; os distúrbios de ansiedade duplicaram em crianças com histórias de negligência ou de abuso sexual; por último, as perturbações de *stress* pós-traumático duplicaram em crianças com histórias de indisponibilidade física ou abuso sexual.

O estudo de Scott Brown e Wright (2003) procurou avaliar em adolescentes a relação entre as estratégias de vinculação e a psicopatologia, comparando um grupo clínico com um grupo não-clínico. Constatou-se que o grupo clínico integrou significativamente mais adolescentes com padrões de vinculação ambivalente e evitante, do que o grupo não-clínico. Além disso, os adolescentes com um padrão ambivalente apresentaram maiores dificuldades interpessoais, mais ansiedade e depressão, mais sintomas de internalização e perturbações do pensamento. Estes resultados foram explicados pelo facto dos adolescentes ambivalentes utilizarem sobretudo estratégias de hiperactivação do sistema de vinculação.

A investigação desenvolvida com amostras clínicas tem evidenciado uma maior probabilidade de vinculação insegura, desorganizada e de casos não-classificáveis, e uma probabilidade mais reduzida de vinculação segura (Brinkenfeld-Adams, 1996; Goldberg, 1997; Greenberg, Speltz, DeKlyen, & Endriga, 1997; Solomon & George, 1999; van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg & Frenkel, 1992). Certos estudos têm sugerido também que em crianças com histórias de relações desorganizadas e caóticas os resultados desenvolvimentais são mais claramente desfavoráveis e fortemente preditores de psicopatologia (Carlson, 1998; Liotti, 1999; Lyons-Ruth, 1996; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson, & Egeland, 1997)

A identificação do conceito de *vinculação desorganizada/desorientada* (Main & Solomon, 1990), enquanto forma atípica de vinculação (Barnett, Butler, & Vondra, 1999) e a sua inclusão nos estudos com amostras normativas, de risco e clínicas poderá reforçar a

validade preditiva do construto da vinculação, tendo implicações importantes para a compreensão da psicopatologia.

A desorganização tem sido associada a fenómenos familiares específicos (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; van IJzendoorn, Shuengel, & Bakerman-Kranenburg, 1999), à ausência de resolução da perda ou do trauma parental (van IJzendoorn, 1995), ao conflito conjugal (Owen & Cox, 1997), à depressão parental (Teti, Messinger, Gelfland, & Isabella, 1995) e ao comportamento parental assustado ou ameaçador (Abrams, 2000; Lyons-Ruth, Bronfam, & Parsons, 1999; Schuengel, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 1999; True, Pisani, & Oumar, 2001). Certas características da criança, como a organização comportamental do recém-nascido, em particular a sua capacidade de orientação e regulação (Spangler, Fremmer-Bombik, & Grossmann, 1996) e, no caso das crianças adoptadas, circunstâncias anteriores fortemente perturbadoras ou adversas para a criança (Marcovitch, Goldberg, Gold, Washington, Wasson, Krekewich, & Handley-Derry, 1997; Rutter, Anderson-Wood, Beckett, Bredenkamp, Castle, Dunn, Ehrich, Groothues, Harborne, Hay, Jewett, Keaveney, Kreppner, Messer, O'Connor, Quinton, & White, 1998), têm sido considerados factores de risco para o desenvolvimento da desorganização.

A desorganização tem revelado uma associação significativa a um amplo espectro de efeitos específicos posteriores, como problemas de internalização e externalização nos anos pré-escolares (Lyons-Ruth, 1996; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999), interacções pobres com os pares e comportamentos bizarros na sala de aula (Jacobvitz & Hazan, 1999), dificuldades comportamentais e sociais significativas, avaliadas pelos professores (Moss, Rousseau, Parent, St-Laurent, & Saintonge, 1998; Goldwyn, Green, Standley, & Smith, 2000), problemas de externalização, dificuldades emocionais na escola, distúrbios dissociativos, psicopatologia severa no fim da adolescência (Carlson, 1998) e dificuldades em lidar com a ansiedade (Hertsgaard, Gunnar, Erickson, & Nachmias, 1995; Spandler & Grossmann, 1999; Willemsen-Swinkels, Bakermans-Kranenburg, Buitelaar, van IJzendoorn, & van Engeland, 2000).

Alguns resultados da investigação sugerem que a associação entre a insegurança e os resultados desenvolvimentais poderá ser melhor explicada quando é incluída a desorganização. Por exemplo, verificou-se que as crianças *evitantes/desorganizadas* na infância, com uma imaturidade cognitiva aos 2 anos de idade, apresentaram um risco elevado (50%) de problemas de externalização na idade escolar, enquanto que as crianças *evitantes/não-desorganizadas* não apresentaram este risco (Lyons-Ruth, Easterbrooks, & Cibelli, 1997). Não é ainda claro o papel específico da vinculação desorganizada no

desenvolvimento da psicopatologia. Embora índices significativos de desorganização possam ser considerados perturbações psiquiátricas graves, com sintomas e efeitos mais ou menos severos, por outro lado, pouco se conhece ainda acerca dos factores causais e processos que levam à vinculação desorganizada. São necessários estudos que permitam identificar os seus determinantes.

A ponte conceptual entre os resultados da investigação empírica da vinculação, descritos no quadro da psicopatologia desenvolvimental, e as perturbações clínicas categoriais da vinculação apresentadas no ICD-10 (WHO, 1992) e DSM-IV (APA, 1996) não foi ainda realizada adequadamente, representando esta tarefa um desafio importante para a investigação futura. A relativa ausência de aplicação heurística dos conceitos da vinculação ao pensamento clínico recente poderá dever-se ao facto da teoria da vinculação nos anos 70 e 80 ter sido utilizada pela investigação em amostras normativas, no âmbito da psicologia do desenvolvimento, mais do que na investigação clínica (Green & Goldwyn, 2002).

A principal característica das *perturbações da vinculação* parece consistir na ausência de um padrão de vinculação discriminado ou na perturbação da organização básica do sistema comportamental da vinculação (O'Connor & Zeanah, 2003), embora não exista ainda um consenso alargado em torno da sua definição. De acordo com os sistemas de diagnóstico existentes, no ICD-10 as perturbações da vinculação são classificadas em duas categorias: a *Perturbação Reactiva da Vinculação* e a *Perturbação Desinibida da Vinculação*. No DSM-IV estas perturbações correspondem à *Perturbação Reactiva da Vinculação*, subdividida em dois tipos: o *tipo inibido* e o *tipo desinibido*. A conceptualização destas perturbações é bastante próxima nos dois sistemas: no ICD-10 a *Perturbação Reactiva da Vinculação* é semelhante ao *tipo inibido* do DSM-IV e a *Perturbação Desinibida da Vinculação* equivale ao *tipo desinibido* do DSM-IV, não contemplando, contudo, a existência de cuidados patogénicos. A similaridade entre estas perturbações existe também quanto ao momento do seu aparecimento, isto é, antes dos cinco anos de idade.

No ICD-10, as perturbações da vinculação tiveram origem no estudo do trauma e do abuso (no caso da *Perturbação Reactiva da Vinculação*) e da institucionalização (no caso da *Perturbação Desinibida da Vinculação*), no entanto, o seu estatuto nosológico e o suporte empírico existente não são ainda conclusivos.

A *Perturbação Desinibida da Vinculação* tem sido validada por estudos no âmbito da adopção internacional (O'Connor, Bredenkamp, Rutter, & the ERA study team, 1999; Rutter, Anderson-Wood, Beckett, Bredenkamp, Castle, Groothues, Kreppner, Keaveney, Lord, & O'Connor, 1999) e por estudos centrados na privação severa dos cuidados precoces (Howe, 1995). Estas crianças revelam padrões superficiais ao nível relações interpessoais e disfunção social, dificuldades de atenção e uma ausência de consciência social, não se verificando, ao contrário das crianças desorganizadas, maior conflito com os pares ou distúrbios de conduta.

A *Perturbação Reactiva da Vinculação*, pelo contrário, é caracterizada por respostas sociais contraditórias e ambivalentes, distúrbios de humor, hiper-vigilância ou activação excessiva e comportamento agressivo e perturbado (WHO, 1992). Este padrão é similar em certos detalhes aos descritos a propósito das sequelas relativas à desorganização da vinculação, com excepção para a característica controladora das interações, que lhe tem sido associada, o mesmo sucedendo com as condições prévias associadas a esta perturbação – abuso psicológico ou negligência e cuidados gerais inadequados. Não se pode afirmar, pois, que a vinculação desorganizada equivale à *Perturbação Reactiva da Vinculação* (O'Connor & Zeanah, 2003). É de salientar que o tipo *inibido* apresenta também aspectos comuns com a vinculação desorganizada (Howe, 2003).

Dado que os critérios de definição destas perturbações não são ainda os mais adequados para orientar a investigação clínica, torna-se necessário desenvolver estratégias e metodologias alternativas conducentes à definição destas perturbações de modo a fornecer pistas relevantes para a investigação (O'Connor & Zeanah, 2003).

Em síntese, os resultados da investigação da vinculação na infância têm vindo a demonstrar que, ao contrário da vinculação segura, que parece conferir uma forma de resiliência emocional, surgindo associada a resultados desenvolvimentais mais adaptativos, as vinculações inseguras poderão constituir factores de risco significativos para o desenvolvimento de psicopatologia. Em crianças com histórias de relações desorganizadas e caóticas, os resultados desenvolvimentais são fortemente preditores de psicopatologia. O desenvolvimento de estudos no âmbito da vinculação desorganizada e das perturbações da vinculação poderá vir a contribuir significativamente para uma melhor compreensão da psicopatologia.

2.3 Avaliação e diferenças individuais da vinculação na idade adulta

Algumas das questões que Bowlby formulou inicialmente a partir da sua experiência clínica, especialmente relevantes para a compreensão da psicopatologia e da psicoterapia, têm vindo a assumir um relevo particular na investigação, especialmente, o modo como as experiências precoces podem influenciar o desenvolvimento da personalidade e as relações posteriores e, ainda, as perturbações que podem evidenciar (Atkinson & Zucker, 1997; Cichetti, Toth, & Lynch, 1995; Heard & Lake, 1997; Simpson & Rholes, 1997; Sperling & Bermann, 1994).

A *Adult Attachment Interview* – AAI, desenvolvida por Main, Kaplan e Cassidy (1985) no âmbito do projecto longitudinal de Berkeley, abriu perspectivas para o estudo da vinculação ao longo do ciclo de vida, possibilitando a identificação de padrões representacionais da vinculação em adultos, análogos aos padrões de organização comportamental identificados anteriormente em crianças pequenas. As diferenças individuais na organização da vinculação foram concebidas segundo modelos internos dinâmicos da vinculação.

A AAI consiste numa entrevista biográfica, semi-estruturada, que possui como temas nucleares as questões centrais da teoria da vinculação (Bowlby, 1969/1984, 1973, 1980). O seu objectivo principal é o de avaliar a organização mental (*state of mind*) do sujeito em relação à vinculação (Main *et al.*, 1985). A segurança traduz-se pelo acesso à informação relevante sobre a vinculação e pela capacidade do sujeito integrar os aspectos positivos e negativos das suas experiências num todo coerente (Soares, 1996).

Nesta entrevista, o sujeito procura recordar a sua história familiar, em particular, a relação com os pais na infância e situações críticas da vinculação, nomeadamente situações-problema, acidentes, doenças, separações, situações de rejeição, ameaças ou abandono, castigos, maus-tratos e perdas de figuras significativas. Depois, o sujeito analisa a influência da relação com os pais na infância e no desenvolvimento pessoal, as razões para o seu comportamento e, ainda, as mudanças nestas relações da infância até ao presente. O sujeito aborda também as suas relações com outros adultos significativos, a relação actual com os pais e, no futuro, com os próprios filhos. Por último, o sujeito procura relacionar o desenvolvimento da perturbação actual e a história da relação familiar. Em síntese, o sujeito recorda acontecimentos que ilustrem as situações descritas e avalia o

impacto dessas experiências no desenvolvimento da personalidade, das relações de vinculação e da perturbação actual.

Desde a construção da versão portuguesa (Soares, 1992) até ao presente, esta entrevista tem sido, também em Portugal, de grande utilidade na investigação empírica. Alguns estudos debruçaram-se sobre a organização da vinculação na adolescência e idade adulta, com amostras normativas (Machado, 1995), de risco (Jongenelen, 2004) e clínicas (Dias, 2007; Pinho, 2000; Vilarinho, 2003).

Com base na transcrição integral da AAI, Main e Goldwyn (1984, 1998) criaram um sistema de cotação e classificação, integrando dois conjuntos de escalas – a *Experiência provável do sujeito com a figura de vinculação*, que engloba experiências de afecto, de rejeição, de negligência, o incentivo excessivo à realização e a inversão de papel na infância, e a *Representação actual da vinculação e/ou organização da informação relevante para a vinculação*, que inclui a idealização, a insistência na incapacidade para recordar a infância, o luto não resolvido e a coerência. Depois de atribuídos valores em relação a cada uma das escalas referidas, as entrevistas são classificadas segundo três categorias globais: categoria F - *segura-autónoma*, categoria D – *desligada* e categoria E – *preocupada ou emaranhada*. As entrevistas podem ainda ser classificadas em função de um *estatuto não-resolvido/desorganizado* em relação a experiências traumáticas e de uma categoria das entrevistas *não-classificáveis*.

Os sujeitos são classificados como *seguros/autónomos* quando descrevem experiências na infância, mantêm uma visão equilibrada das relações precoces, valorizam as relações de vinculação e consideram que as experiências relacionadas com a vinculação influenciam o desenvolvimento, ou como *inseguros*, quando são incapazes de integrar as memórias de experiências com respectivas avaliações. Se os sujeitos negam ou desvalorizam o impacto das relações precoces, têm dificuldade em recordar episódios específicos, idealizam experiências ou descrevem uma história precoce de rejeição, são classificados como *desligados*. Se os sujeitos manifestam confusão acerca das experiências passadas e as relações actuais com os pais são marcadas por raiva ou passividade, são classificados como *preocupados/emaranhados*. Para além das categorias referidas, os indivíduos podem receber uma classificação de *estatuto não-resolvido/desorganizado* em relação a experiências traumáticas, relacionadas com perdas ou experiências de abuso. Este estatuto, que pode ser atribuído conjuntamente com qualquer um dos três padrões, é utilizado quando o sujeito manifesta lapsos na monitorização do raciocínio ou do discurso,

bem como um pensamento desorganizado na análise de experiências de perda ou abuso. Por último, de acordo com o sistema de cotação de Main e Goldwyn, existe uma categoria para entrevistas *não-classificáveis* (Hesse, 1996).

A capacidade de ter acesso às experiências sobre a vinculação e de as integrar num todo coerente, que caracteriza as entrevistas dos indivíduos seguros, está ausente nas entrevistas dos indivíduos inseguros, que revelam, em contrapartida, dificuldades de integração e restrições várias que incidem sobre a atenção, memória, fluência da linguagem e organização do pensamento, e que se manifestam na descrição das relações de vinculação.

A partir do sistema de classificação da AAI de Main e Goldwyn (1984, 1998), foi desenvolvido por Kobak (1993) o método do *Attachment Interview Q-Sort*, com o objectivo de avaliar os modelos internos dinâmicos e as estratégias de vinculação.

Com base na leitura integral das entrevistas, juízes independentes efectuem uma distribuição forçada de 100 descritores por nove categorias, desde o mais característico ao menos característico no sujeito. As entrevistas são analisadas em função da utilização pelo sujeito de duas dimensões: uma estratégia de segurança vs insegurança e uma estratégia de desactivação vs hiperactivação e, ainda, classificadas em função de um padrão de vinculação. Esta análise é realizada com base nas distribuições protótipo previamente realizadas pelo grupo de juízes quer em relação às estratégias de vinculação quer em relação aos padrões de vinculação. As distribuições dos protótipos de segurança vs insegurança e de desactivação vs hiperactivação baseiam-se na conceptualização das estratégias primárias e secundárias (Main, 1990) e nos critérios de classificação de Main e Goldwyn, e descrevem sujeitos hipotéticos.

A cotação média do par de juízes é correlacionada com os protótipos relativos às estratégias e aos padrões de vinculação, o que permite, respectivamente, classificar os sujeitos nas duas dimensões da vinculação e em relação aos padrões de vinculação, nestes, por aproximação às cotações protótipo (Seguro, Desligado e Preocupado). Este método possibilita ainda agrupar os 100 descritores em mega-itens da vinculação. Os mega-itens e as dimensões da vinculação constituem medidas contínuas, dimensionais, e os padrões de vinculação correspondem a medidas categoriais, de natureza qualitativa. Dado que este método de análise e classificação das AAI foi utilizado no nosso estudo empírico, ele será apresentado em pormenor no terceiro capítulo.

Em relação à AAI, Hesse (1999) salienta a importância das *emoções*, referindo que embora a análise das respostas a esta entrevista se apoie em transcrições escritas do discurso, e não na expressão facial, no tom de voz ou em índices psicofisiológicos da emoção, a descrição dos padrões de vinculação inclui uma referência directa aos *estados emocionais* que surgem associados ao discurso oral.

O padrão *seguro/autónomo* é associado ao perdão, à compaixão, ao humor e à necessidade dos outros, o padrão desligado corresponde a uma ausência de expressões de vulnerabilidade emocional e o padrão preocupado está associado a expressões de raiva e de medo. Assim, os indivíduos *inseguros* são identificados, em parte, através de indicações linguísticas dos estados emocionais negativos que surgem no discurso sobre a vinculação. É habitualmente inferido que, quando as experiências são descritas positivamente no caso dos desligados, ou negativamente no caso dos preocupados, estes indivíduos tiveram mais dificuldades relacionadas com a vinculação. Os sujeitos seguros podem relatar histórias de vinculação favoráveis mas também desfavoráveis (Hesse, 1999).

Um factor fundamental nesta variabilidade envolve diferenças não só na qualidade, como também na *capacidade para regular e integrar a emoção*. Assim, nos sujeitos com experiências favoráveis, são menos prováveis respostas emocionais adversas ao longo da entrevista, sendo o discurso relativamente fácil de compreender. Nos indivíduos *seguros/autónomos*, a discussão de experiências precoces adversas pode envolver, na produção de uma narrativa coerente, a capacidade de conter reacções a sentimentos desconfortáveis ou perturbadores. Os indivíduos *desligados ou preocupados*, pelo contrário, parecem incapazes de responder de forma fluente ao processo de entrevista, talvez devido ao eventual desconforto desencadeado pelos tópicos associados à vinculação. Assim, enquanto que os primeiros procuram evitar o tema, os segundos podem ficar submersos nele (Hesse, 1999).

A partir de uma revisão da investigação nas últimas décadas, no âmbito da vinculação, é notória a proliferação de uma série de instrumentos de auto-relato, que procuram avaliar múltiplos aspectos das relações de vinculação nos adultos (Soares, 2002). Com a mesma abordagem categorial e formato da AAI, foi desenvolvida a *Current Relationship Interview – CRI* (Crowell & Owens, 1996), orientada para a avaliação da vinculação no âmbito das relações amorosas. Por sua vez, numa abordagem dimensional, foram também desenvolvidos uma série de questionários com vista a examinar aspectos da vinculação em jovens e adultos, tais como, as relações com os pais no *Parental Bonding*

Instrument – PBI (Parker, Tupling, & Brown, 1979), as relações com os pais e com os pares no *Mother-Father-Peer Scale* (Epstein, 1983) ou no *Inventory of Parent and Peer Attachment – IPPA* (Armsden & Greenberg, 1987), as relações íntimas no presente no *Adult Attachment Scale – AAS* (Collins & Read, 1990) ou no *Adult Attachment Questionnaire – AAQ* (Simpson, 1990). As abordagens categorial e dimensional foram integradas numa terceira linha de investigação, de que é exemplo a abordagem prototípica de Bartholomew e Horowitz (1991), e que recorre a entrevistas e questionários sobre as relações de vinculação entre adultos. Com base na perspectiva teórica de Guidano e Liotti (Guidano, 1987, 1991; Guidano & Liotti, 1983), foi ainda desenvolvido o *Protocolo de Avaliação de Marcadores do Desenvolvimento da Psicopatologia – PAMaDeP* (Soares, Henriques, Neves, & Pinho, 1999), que consiste num instrumento de auto-relato, com duas formas: A (agorafobia e depressão) e B (perturbações alimentares). Este protocolo, tendo por objectivo avaliar indícios psicopatológicos anteriores à perturbação actual e diferenciar subgrupos no interior das trajectórias desenvolvimentais de sujeitos com determinada psicopatologia, tem sido utilizado em algumas investigações (Dias, 2007; Henriques, 2000).

Diversos estudos têm sido conduzidos com o objectivo de explorar, na idade adulta, as associações entre as organizações de vinculação e a psicopatologia. Soares e Dias (no prelo) efectuaram recentemente uma revisão da literatura neste domínio, verificando que estes estudos têm sido conduzidos com amostras clínicas, de risco e amostras não-clínicas, e recorrendo a diferentes instrumentos de avaliação, desde os instrumentos de auto-relato referidos anteriormente até entrevistas, como é o caso da *AAI*, que avaliam a organização da vinculação. van IJzendoorn e Bakermans-Kranenburg (1996), a partir de uma meta-análise de um conjunto de estudos com amostras clínicas e que utilizaram a *AAI*, verificaram uma sobre-representação das vinculações inseguras, contudo, sem uma associação clara entre um determinado padrão de vinculação insegura e um tipo específico de perturbação psicológica. Mesmo assim, alguns grupos clínicos evidenciam uma sobre-representação de um grupo inseguro específico. O *padrão emaranhado* é mais frequente em amostras de pais que maltratam ou são abusivos, de pais de crianças com distúrbio de oposição e em amostras de adultos deprimidos ou *borderline*. Por sua vez, o *padrão desligado* é mais frequente em pais de crianças com distúrbios do sono. A depressão não surge associada ao estatuto não resolvido/desorganizado. As amostras com pais de crianças com distúrbios psicológicos evidenciam uma sobre-representação de *pais inseguros* (45%

emaranhados e 41% desligados), sendo reduzida a percentagem dos pais avaliados como seguros-autónomos.

No que diz respeito às perturbações de ansiedade, Bowlby (1973) afirma que a maior parte destas perturbações podem ser explicadas pela perturbação em face da disponibilidade da figura de vinculação. Deste modo, organizações familiares que envolvam o controlo parental através do recurso à super-protecção ou à rejeição parecem promover o desenvolvimento deste tipo de perturbações. Têm sido realizados poucos estudos que relacionem a organização da vinculação e as perturbações de ansiedade (Dozier, Stovall, & Albus, 1999). Os estudos existentes têm encontrado uma forte prevalência do *padrão preocupado* em pacientes diagnosticados com perturbações de ansiedade (Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy, Matton, Target, & Gerber, 1996; Rosenstein & Horowitz, 1996), não os diferenciando de outras perturbações psicopatológicas. No entanto, parece existir indicação de que existe, nesta população, um maior número de indivíduos com o *estatuto não-resolvido/desorganizado*.

Em relação às perturbações afectivas existem, segundo Bowlby (1980), três tipos de acontecimentos associados ao desenvolvimento da depressão. Em primeiro lugar, perante a perda definitiva de um dos pais, a criança experiencia pouco controlo sobre as circunstâncias subsequentes, tendendo a desenvolver um sentimento de desânimo ou desespero na reacção a acontecimentos traumáticos. Em segundo lugar, quando uma criança é incapaz de desenvolver relações seguras e estáveis com as figuras de vinculação, desenvolve um modelo do *self* fracasso, e qualquer perda ou desilusão subsequentes poderão ser percebidas como um reflexo desse fracasso. Em terceiro lugar, quando um progenitor comunica à criança que esta é incapaz ou incompetente, ela tende a desenvolver um modelo do *self* fracassado e não merecedor de estima, e um modelo do outro, como incapaz de comunicar amor. Alguns estudos empíricos encontraram uma relação entre a depressão e o *padrão preocupado* (Cole-Detke & Kobak, 1996; Fonagy et al., 1996; Rosenstein & Horowitz, 1996) e um outro estudo uma relação entre depressão e o *padrão desligado* (Patrick, Hobson, Castle, Howard, & Maughn, 1994).

As perturbações da personalidade têm sido associadas a diferentes organizações da vinculação. Assim, em estudos com a AAI, a perturbação de personalidade *borderline* foi associada ao *padrão preocupado* e ao *estatuto não-resolvido/desorganizado* (Barone, 2003; Fonagy et al., 1996; Stalker & Davies, 1995). Num outro estudo, a perturbação de personalidade anti-social foi associada ao *padrão desligado* e ao *estatuto não-resolvido*; o

comportamento criminoso e o consumo de substâncias tóxicas no início da idade adulta foram associados à *insegurança da vinculação* (Allen, Hauser, & Borman-Spurrell, 1996).

A investigação acerca das relações entre a organização da vinculação e a esquizofrenia tem revelado uma elevada proporção de indivíduos com um *padrão de vinculação desligado* (89%) e com *estatuto não resolvido/desorganizado* (44%) (Tyrell, Dozier, Teague, & Fallot, 1999). Os resultados obtidos devem ser relativizados, na medida em que o discurso incoerente destes sujeitos poderá estar associado à perturbação de pensamento que apresentam (Dozier, Stovall & Albus, 1999; Soares & Dias, no prelo).

Em síntese, embora os resultados da investigação com adolescentes e adultos permitam encontrar associações entre insegurança da vinculação e psicopatologia, são necessários estudos que integrem uma abordagem mais compreensiva dos mecanismos e processos subjacentes a esta relação.

2.4 Vinculação e perturbações alimentares

A investigação no âmbito das perturbações alimentares, embora conceba a existência de um modelo multidimensional para estas perturbações, tem revelado a ausência de um quadro desenvolvimental que integre os resultados de estudos que incluem variáveis biológicas, psicológicas e socioculturais, e permita compreender como aparecem estas perturbações em cada um dos domínios referidos e, ainda, quais as associações complexas que se estabelecem entre eles. As perturbações alimentares têm sido descritas como perturbações da adolescência, mas poucos estudos têm abordado estas perturbações em função das tarefas deste período desenvolvimental (Attie & Brooks-Gunn, 1995).

A partir da investigação clínica, Guidano e Liotti (1983) elaboraram um modelo compreensivo da psicopatologia humana, que a partir de uma perspectiva desenvolvimental e de uma orientação para o processo, procurou abordar as perturbações emocionais na sua complexidade, entre elas as perturbações alimentares.

A descrição das condições desenvolvimentais e dos processos envolvidos no sistema de conhecimento humano permitiu a estes autores definir um modelo da organização cognitiva, no qual o auto-conhecimento desempenha o principal papel. O sistema de conhecimento humano ou auto-conhecimento caracteriza-se pela capacidade do indivíduo construir modelos de si e do mundo capazes de organizar e regular a realidade. Consiste

numa construção progressiva, influenciada desde o início pelas capacidades de auto-organização do processamento mental, que emerge através da maturação das capacidades cognitivas superiores. A capacidade auto-organizadora deste sistema vai estruturando um sentido de identidade pessoal, que engloba sentimentos de singularidade e de continuidade histórica e possibilita uma percepção e avaliação pessoal ao longo do desenvolvimento. A complexidade do auto-conhecimento revela-se não só na organização individual mas também na abertura e plasticidade que caracteriza a trajectória evolutiva e desenvolvimental do indivíduo (Guidano, 1987).

Segundo Guidano (1991), todo o conhecimento do mundo é auto-conhecimento, no qual tem lugar um processo circular interminável entre a experiência imediata (*eu* - que age e experimenta) e o sentido de si mesmo que emerge como resultado da avaliação e do processo auto-referencial (*si* - que observa e avalia). De acordo com este modelo, os seres vivos organizam-se e agem para preservar a sua identidade/integridade como sistema, sendo fundamental para o indivíduo a manutenção deste sentido de integridade. O que experimento e sou (*eu*) deve ser congruente com o que eu avalio que sou (*si*). Guidano (1991) afirma que a consciência de si próprio, que surge no desenvolvimento, reflecte a especificidade do ser humano e resulta da circularidade entre os dois níveis de conhecimento referidos. O indivíduo é um organismo activo, que aprende a conhecer(-se), explorando e interagindo activamente com o seu mundo, em resposta aos problemas e exigências do meio ambiente.

As experiências precoces funcionam, nesta perspectiva, como *cenários nucleares* que regulam, em grande parte, os processos pelos quais o indivíduo activamente constrói o conhecimento do *self* e do mundo. Pode afirmar-se, nesta perspectiva, o primado das emoções e sentimentos no desenvolvimento do auto-conhecimento. As crianças manifestam, desde cedo, as qualidades primárias dos sentimentos através de padrões motores expressivos (Ekman, 1972; Izard, 1977, 1980; Plutchik, 1983) e, ao adquirirem ligações estruturais com as percepções e acções, os sentimentos inicialmente difusos, caóticos e dificilmente controlados e decodificados, dão lugar a experiências emocionais subjectivas. Uma emoção consiste, assim, num processo de controlo interno, adquirido através da estruturação da relação entre sentimentos, percepções e padrões motores, ao nível da memória (Giblin, 1981; Pribram, 1980).

As emoções consistem, pois, em experiências organizadas, cuja unidade dinâmica se orienta para níveis de coerência sistémica cada vez mais integrados. O conceito de *esquema emocional* (Leventhal, 1979, 1980) integra as relações entre diversos

componentes da experiência emocional, com o mecanismo da memória analógica a desempenhar um papel fundamental no processamento emocional e na composição das imagens, construídas com base na percepção das situações e nos padrões viscerais, motores e expressivos que acompanham estas situações. Os esquemas emocionais correspondem, ao nível da representação da memória, a configurações estruturais, que actuam como padrões em relação aos quais a informação sensorial é comparada e adquire significado. Com o desenvolvimento maturativo, assiste-se a uma progressiva integração entre os padrões de reacções emocionais inatas e a diferenciação emocional entretanto adquirida. As experiências desenvolvimentais vão determinar as estruturas nas quais os sentimentos básicos serão integrados e também as tonalidades emocionais específicas. Se os esquemas correspondem a configurações neurais, que actuam como padrões para a comparação de impulsos, a *diferenciação emocional* consiste num processo de comparação entre os esquemas emocionais pré-formados e os sentimentos emergentes, com a procura de congruência a regular o processo, e a fornecer a continuidade funcional ao desenvolvimento do processo global. Os padrões de percepção e a consciência pessoal, devido ao desenvolvimento lento das capacidades cognitivas, serão primariamente uma função dos esquemas emocionais básicos, que irão orientar e focalizar os processos perceptivo-cognitivos (Izard, 1980; Izard & Buechler, 1980, 1983), e predispor as capacidades cognitivas para a selecção de domínios específicos na interacção com o mundo. Assim, através da estruturação coerente dos conteúdos de conhecimento e da apreensão imediata do *self*, a composição dos esquemas emocionais fornece unidade e continuidade à experiência consciente.

Numa perspectiva em que a natureza auto-referencial da mente é articulada numa organização coerente e unitária, o *significado* consiste na inter-relação entre os processos mentais superiores, tendo em conta o seu contexto particular (Weimer, 1977). A organização hierárquica do conjunto de esquemas emocionais torna-se, através do processamento tácito, personalizada e idiossincrática. A modulação emocional permite delimitar, a nível consciente, os tipos de experiência de cada indivíduo na sua interacção com o mundo. O sentido e a continuidade dos processos de significado pessoal baseiam-se na organização unitária do domínio emocional do sujeito. O arranjo superior e personalizado dos esquemas emocionais do indivíduo constitui o contexto de descodificação que permite reconhecer e experienciar uma vasta variedade de estados internos, no quadro da coerência individual e continuidade histórica. Devido à experiência emocional, os esquemas emocionais básicos (cenos nucleares) e a sua diferenciação

crescente (Izard, 1980; Izard & Buechler, 1980, 1983; Tomkins, 1978) dão origem aos *scripts* e estes, por sua vez, transformam-se em *meta-scripts* (Schank & Abelson, 1977). Com o processamento abstracto, os *meta-scripts*, que adquiriram maior grau de especificidade e abstracção em relação aos *scripts*, podem modificar a intensidade e a qualidade dos esquemas emocionais prévios (Guidano, 1987).

No desenvolvimento do sistema de conhecimento humano, Guidano e Liotti referem que a teoria da vinculação pode constituir um paradigma integrador do desenvolvimento, oferecendo uma visão mais organizada dos factores que intervêm na construção do auto-conhecimento (Guidano & Liotti, 1983). Saliente-se que a importância da vinculação no desenvolvimento do auto-conhecimento é abordada em moldes próximos da formulação de Bowlby sobre a construção de modelos complementares do *self* e da figura de vinculação (Soares, 1996). A infância é assim caracterizada pela formação de um núcleo relativamente estável do conhecimento, em grande medida, tácito ou implícito, com uma função de regulação na elaboração e construção de experiências subsequentes. Com a emergência das competências de auto-análise, resultantes do pensamento abstracto, o indivíduo começa a explicar e a ordenar em teorias e crenças grande parte do que foi previamente conhecido de forma tácita e directa. Estas teorias e crenças, organizadas em conjuntos mais ou menos coerentes, serão usadas pelos indivíduos para pensar sobre si próprios e sobre as actividades e atitudes que lhes são únicas. Estas teorias correspondem aos aspectos do auto-conhecimento que se tornaram explícitos, dos quais os indivíduos ficaram conscientes e com os quais definem a sua identidade ao nível consciente. Deste modo, qualquer perturbação na infância nas relações de vinculação vai reflectir-se no desenvolvimento do auto-conhecimento (Soares, 1996), cujo impacto negativo se manifesta não só nos conteúdos dos *scripts* nucleares (perdas, rejeições, cenas ameaçadoras,...) mas também na intensidade da sua activação. Com vista a manter uma proximidade adaptativa em relação à figura de vinculação, a criança procura controlar os efeitos perturbadores da emocionalidade excessiva, através de estratégias como a exclusão defensiva da informação e a estruturação de actividades distractivas (Bowlby, 1980; Guidano, 1987).

Através das relações de vinculação e do desenvolvimento posterior, a pessoa vai construindo a organização do seu significado pessoal (Guidano, 1991), processo unitário ordenador da procura de coerência interna, que orienta a forma pela qual o indivíduo experimenta e percebe o mundo e a si próprio. No desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, a organização de significado pessoal constitui um processo aberto em espiral, em que

o reordenamento contínuo da experiência possibilita o aparecimento de padrões descontínuos mais estruturados e integrados na coerência de significado. Ao descrever quatro destas organizações que aparecem com frequência na psicoterapia – organização depressiva, organização fóbica, organização obsessiva e organização das perturbações alimentares, a psicopatologia é conceptualizada como uma ciência de significado pessoal. Cada uma das organizações corresponde a um conjunto de cenas nucleares, desenvolvidas precocemente, que deram origem a categorias básicas de significado pessoal e que, com base na abstracção reflexiva na adolescência, revelam uma estruturação da realidade que produz uma perspectiva confirmadora da avaliação já existente de si e do mundo (Henriques, 1995). As organizações de significado pessoal sofrem reorganizações da sua coerência de significado também durante o processo terapêutico, onde o terapeuta ajuda o indivíduo a reconstruir um sentido de si mesmo mais consonante com o que experiencia (Guidano, 1991).

No que respeita às perturbações alimentares, estes autores conceptualizam estas perturbações à luz de uma perspectiva desenvolvimental, procurando caracterizar a coerência sistémica da sua organização (Guidano, 1987, 1991; Guidano & Liotti, 1983).

Guidano e Liotti (1983) referem uma série de estudos que foram desenvolvidos com famílias de pacientes com perturbações alimentares, em particular, com famílias de anorécticas (Bruch, 1973; Minuchin, Rosman, & Baker, 1978; Selvini-Palazzoli, 1974), que ilustram o conhecimento tácito adquirido por estas pacientes e o tipo de ambiente através do qual os comportamentos perturbados são mantidos. O ambiente familiar destas pacientes caracteriza-se por uma comunicação contraditória, dissimulada e ambígua. Durante a infância e a latência, a figura parental interfere, critica, sugere constantemente, dificultando as experiências vitais e impedindo a criança de desenvolver os seus próprios sentimentos (Selvini-Palazzoli, 1974). Os pais muito atentos aos aspectos formais da existência, evitam qualquer expressão de emoções ou opiniões para o exterior, que possa reflectir a existência de problemas. O comportamento parental é dirigido para obter uma confirmação dessa boa imagem, mais do que para satisfazer as necessidades de suporte emocional da criança (Guidano, 1987). As mães, embora centradas nas crianças e frequentemente super-protectoras, obtêm pouco prazer dos cuidados e o controlo prevalece sobre a proximidade emocional (Selvini-Palazzoli, 1974). Nas interacções com a mãe, as possibilidades de expressão directa de emoções ou opiniões são excluídas, consistindo as estratégias de controlo dos pais numa redefinição constante dos sentimentos da criança até esta os experienciar de acordo com o padrão familiar. Este tipo de controlo constitui o

fundamento do estilo afectivo dos pais. O emaranhamento, que caracteriza estas famílias (Minuchin et al., 1978), impede a criança de se sentir separada, originando uma demarcação precária entre o *self* e as representações dos pais (Guidano, 1987).

A trajectória desenvolvimental das pacientes anorécticas caracteriza-se por experiências de *desilusão* em relação ao vínculo com a figura paterna, em particular durante a adolescência. Ao contrário da relação com a mãe, que se desenvolveu de forma uniforme, a relação com o pai é geralmente marcada por uma ruptura, uma desilusão ou uma perda (Guidano & Liotti, 1983). No quadro de um sistema de comunicação emaranhado, a boa relação com o pai, alicerçada pela imagem de uma figura forte e significativa, transforma-se posteriormente, devido a uma depressão, a dificuldades económicas, ou porque a mãe gere a relação com a filha no sentido de acentuar as fragilidades paternas. O facto da filha adolescente pensar que é amada pelo pai mais como uma criança pequena do que como pessoa ou a partida deste por razões profissionais, ocultando a separação já existente, são outras razões a considerar. Embora as reacções depressivas sejam frequentes no pai destas pacientes, a incidência de divórcio é muito baixa nas famílias de anorécticas (Guidano & Liotti, 1983).

A relação paterna tem uma importância dupla no desenvolvimento da organização das perturbações alimentares. Primeiro, os esquemas emocionais relativos ao vínculo paterno representam segurança, no seio de relações interpessoais precoces confusas, contraditórias e enganadoras. Estes esquemas emocionais vão orientar a procura de relações amorosas intensas e que representem *segurança*, o que gera entusiasmos e desilusões frequentes, nos *flirts* adolescentes. Em segundo lugar, quando são experienciadas desilusões muito intensas, o medo de novas desilusões leva estas pacientes a testar o companheiro antes de um comprometimento ou então a optar por relações superficiais (Guidano & Liotti, 1983).

Quando o indivíduo percebe um desequilíbrio entre a necessidade absoluta de aprovação dos outros significativos e o medo de desilusão nessas relações, procura controlar esse desequilíbrio, alterando a auto-imagem, através de mudanças ao nível do comportamento alimentar (Guidano, 1987, 1991). A activação do desequilíbrio poderá dever-se a mudanças numa relação interpessoal significativa, que devido a exigências de auto-revelação e de comprometimento, obriga a uma reavaliação súbita da pessoa e da relação, o que corresponde com frequência à primeira desilusão adolescente. Podem também contribuir para este desequilíbrio novas exigências externas que confrontam o indivíduo com a sua competência pessoal. A maturação adolescente, associada à

consequente separação da família e a novos ajustamentos psicossociais, constitui um período crucial no desenvolvimento da trajetória das perturbações alimentares. As desilusões em relação aos outros podem estar associadas a comentários desfavoráveis acerca do corpo ou a expectativas elevadas no meio social, familiar ou laboral, que ao exigir um maior comprometimento podem, por isso, gerar desequilíbrio.

Uma das características centrais do comportamento alimentar perturbado consiste no facto da alimentação se tornar independente da fome e da saciedade. O antecedente comum neste tipo de comportamento consiste num sentimento desagradável ou de *vazio* descrito frequentemente por estas pacientes, que envolve um excesso alimentar nas pacientes obesas e uma redução alimentar nas pacientes anorécticas. O comportamento alimentar perturbado influencia as interações do paciente com a família, sendo geralmente infrutíferas as tentativas para o convencer a alterar os hábitos alimentares. Como consequência, o sujeito sente-se incompreendido e invadido, e reage através da persistência do seu comportamento (Guidano & Liotti, 1983).

A organização cognitiva destes pacientes caracteriza-se por pensamentos contínuos acerca da alimentação e da aparência pessoal, que parecem ter substituído os pensamentos e sentimentos pessoais. Segundo este modelo, a distorção da imagem corporal constitui a expressão de um problema ao nível das estruturas cognitivas da identidade pessoal e os pensamentos contínuos sobre alimentação expressam as atitudes do indivíduo em relação a si próprio e à realidade. A possibilidade de ser frágil e de perder o controlo quando confrontado com os alimentos parece associado nesta organização a uma crença geral de ineficácia pessoal (Guidano & Liotti, 1983).

Este sentido de ineficácia pessoal consiste numa expectativa geral de fracasso. Nas pacientes anorécticas, a atribuição de causalidade em relação a esta expectativa de fracasso é indeterminada, não sendo atribuída nem à responsabilidade pessoal, como sucede nos pacientes deprimidos, nem a acontecimentos externos específicos. Ao nível da relação psicoterapêutica, as dificuldades de comunicação que estas pacientes revelam parecem dever-se ao seu estilo impreciso de atribuição. Na relação interpessoal, estes pacientes avaliam-se frequentemente como sendo ignorados ou invadidos pelos outros significativos, reagindo às desilusões através do isolamento. A forma de comunicação destes pacientes, geralmente reservada, evasiva e nem sempre autêntica, ajuda a confirmar as expectativas de incompreensão ao nível das relações, evitando assim os relacionamentos que exijam um comprometimento positivo. A susceptibilidade à crítica constitui outro elemento relevante, podendo os comentários trocistas precipitar o desenvolvimento de um comportamento

alimentar perturbado. O sistema de crenças destas pacientes, o seu carácter evasivo e mesmo o negativismo, justifica a falta de comprometimento e regula um código de comunicação que induz os outros a responder de forma a confirmar esse sistema de crenças. A desconfiança interpessoal e a ausência de intimidade nas relações poderá ajudar a explicar também a indiferença pela actividade sexual, frequente nestas pacientes (Guidano & Liotti, 1983).

Guidano (1991) refere que a característica principal da organização de significado pessoal das perturbações alimentares consiste numa atribuição causal imprecisa relativamente à regulação interna e à auto-regulação dos sentimentos. A atribuição oscilante e a confiança excessiva em padrões externos de referência tornam possível a percepção de sentimentos que emergem na consciência pouco relacionados com outras emoções, imagens e pensamentos conscientes simultâneos. A regulação dos ritmos corporais básicos como a fome ou a mobilidade constituem as únicas possibilidades de uma percepção pessoal confiável, no quadro de uma experiência imediata continuamente instável. Assim, a alimentação e o comportamento motor constituem actividades distractivas, evitando que os sentimentos de vazio e a ineficácia pessoal se tornem conscientes. Devido à importância que os aspectos formais e estéticos desempenham numa *coerência da aparência*, que caracteriza esta organização, a possibilidade de uma imagem corporal não aceitável constitui a forma principal de situar estes sentimentos de vazio e ineficácia. Assim, o padrão anoréctico luta contra a imagem de fracasso controlando em excesso os impulsos biológicos; o padrão obeso, na tentativa de circunscrever o fracasso esperado, desiste de os controlar.

Quando o sujeito avalia a desilusão como o resultado da sua actividade prevalece uma *orientação de atribuição causal externa*. Se essa avaliação for experienciada pelo sujeito como coacção, no sentido de se adaptar a um acontecimento demasiado perturbador, prevalecerá uma *orientação de atribuição causal interna*. Quando a atribuição tem uma orientação externa, a reorganização da experiência pressupõe a percepção dos outros como falsos e intrusivos, procurando lutar contra isso através de atitudes positivas, controladas e auto-suficientes, no sentido de manter os sentimentos de ineficácia e vazio a níveis aceitáveis. Este estilo atribucional, que envolve padrões corporais e motores mais activos, pode levar a perturbações próximas da anorexia. Se a atribuição tem uma orientação interna, a reorganização da experiência é realizada, procurando restringir o efeito perturbador das desilusões esperadas, atribuindo-as mais a traços específicos do *self*.

Este estilo atribucional, envolvendo padrões corporais e motores mais passivos, poderá conduzir à obesidade e bulimia.

Quanto ao desenvolvimento da identidade, esta organização caracteriza-se por uma diferenciação precária entre o *self* e a realidade. Ao nível da *experiência imediata*, a organização das fronteiras do *self* é caracterizada por uma interferência precoce na diferenciação rítmica entre o *self* e os outros, acompanhada por um padrão indiferenciado de regulação psicofisiológica, que origina uma pobre demarcação. A falta de reconhecimento de sentimentos e pensamentos autónomos na criança gera uma estruturação de cenas nucleares indiferenciadas e pouco inter-relacionadas. A ineficácia pessoal e um sentimento de vazio são despoletados pelas constantes oscilações da experiência, e à medida que a criança se harmoniza com as orientações fornecidas pelo contexto interpessoal, passa a confiar em excesso e a sobrevalorizar as estruturas externas de referência.

A *reorganização da experiência imediata* é realizada de acordo com quadros externos de referência, dada a falta de confiança na percepção pessoal. O reconhecimento do *self* coincide com as expectativas da figura de vinculação, de modo a reflectir-se numa auto-imagem adequada a essas expectativas. A definição de um *self* autónomo, impermeável aos julgamentos dos outros, passa pelo perfeccionismo e por uma atitude de dissimulação, que permitem ao indivíduo alcançar um nível aceitável de auto-estima e valorização pessoal (Guidano, 1987).

A partir da adolescência, uma experiência confusa é reorganizada numa auto-imagem em que a competência e a valorização pessoal dependem do equilíbrio que o sujeito for capaz de estabelecer entre a necessidade absoluta de aprovação dos outros e o medo de intrusão e desilusão nas relações significativas. Aderindo a padrões convencionais, o indivíduo com esta organização desenvolve uma auto-imagem do *self* confiável e valorizada, devido à percepção da capacidade de manipular a opinião dos outros em seu favor. Por sua vez, ao evitar a exposição pessoal e a confrontação, pode recuperar a individualidade, controlando assim a intrusividade dos outros e evitando, deste modo, que surjam desilusões em relação à sua auto-imagem. Contudo, para Guidano e Liotti (1983), as possibilidades de pensamento abstracto que surgem na adolescência são aplicadas raramente, ou de forma confusa, ao *self* e às relações interpessoais, o que constitui uma característica da estrutura cognitiva destas pacientes.

A atitude em relação ao *self* caracteriza-se por um estilo de atribuição indeterminado, relativamente aos estados internos e aos sentimentos pessoais. A crença de

ineficácia surge como se, ao nível da identidade pessoal, não existisse nada de definitivo *dentro* nem nada de definitivamente *externo* de modo a atribuir os sucessos e os fracassos. As expectativas de desconsideração e intrusividade dos outros e a consequente desilusão, associadas à ineficácia e às expectativas gerais de fracasso, fazem com que o indivíduo não confie no seu comprometimento para encontrar uma solução para as dificuldades interpessoais. A *hiperactividade* das pacientes anorécticas e a *apatia* das doentes obesas estará associada ao nível geral de motivação. A actividade dirigida é geralmente deficiente, dispersa e sem objectivo, o que poderá dever-se à incapacidade de identificar de forma precisa as causas dos sucessos e dos fracassos (Guidano & Liotti, 1983).

A atitude em relação à realidade revela as incertezas e as contradições com que estas pacientes experienciam as relações interpessoais. Ao nível das relações amorosas, estas pacientes põem à prova o afecto dos parceiros, através de exigências contínuas e *concretas*. O desenvolvimento de um *self* aceitável depende do estabelecimento de uma relação íntima e recíproca com uma figura significativa, mas a exposição pessoal e o comprometimento necessários para o alcançar implicam inevitavelmente o risco de julgamentos críticos e de desilusões. Dada a excessiva vulnerabilidade aos julgamentos negativos, as desilusões poderão contribuir para uma percepção da identidade ainda mais difusa. Nas relações íntimas, este dilema interpessoal é resolvido através de um repertório de estratégias relacionais, que permitem obter do par a garantia de intimidade, evitando o comprometimento e a exposição pessoal (Guidano, 1987).

A assimilação e integração dos sentimentos dolorosos nesta organização, ao favorecerem reorganizações conceptuais da experiência imediata, possibilitam ao sujeito o reconhecimento dos quadros de referência internos, no sentido em que permitem organizar padrões de percepção pessoal mais estáveis e de confiança. A trajectória desenvolvimental geradora de significado é aquela em que se verifica uma progressiva demarcação e relativização dos outros, e a que corresponde a um sentido crescente de individuação e autonomia pessoal (Guidano, 1991).

Verificámos que os conceitos básicos da teoria da vinculação contêm em si a possibilidade da sua aplicação à psicopatologia, em particular os conceitos de insegurança e de desorganização da vinculação parecem promissores. Em Guidano, constatámos a importância da experiência emocional e das relações de vinculação para a conceptualização das perturbações alimentares. Em seguida, vamos procurar debruçar-nos sobre as relações entre vinculação e emoções, procurando enquadrar as emoções no quadro

da teoria da vinculação, salientando as diferentes organizações da vinculação do ponto de vista das estratégias emocionais (Bowlby, 1973, 1980; Cassidy & Berlin, 1994; Cassidy & Kobak, 1988; Main, 1990) e da regulação emocional (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003; Sroufe, 1996). Depois, faremos uma abordagem aos estudos de natureza clínica e empírica que estiveram na base do desenvolvimento do método dos episódios emocionais e da compreensão emocional, procurando estabelecer as relações entre os seus resultados e a vinculação. Por último, apresenta-se a síntese dos elementos emocionais que, segundo Joyce-Moniz (1999), caracterizam a anorexia e a bulimia nervosa.

3. VINCULAÇÃO E EMOÇÕES

A emoção tem vindo a ser reconhecida como um domínio essencial para a compreensão da humanidade, constituindo o alvo de abordagens múltiplas, entre as quais as psicológicas, nas suas interfaces com aspectos biológicos e sociais, nas suas relações com a cognição e a personalidade e, ainda, levando em consideração as suas implicações na saúde física e mental (Lewis & Haviland-Jones, 2000). O estudo da emoção, enquanto *experiência emocional*, só tardiamente foi objecto de estudo da psicologia. A ideia de que as emoções constituem um obstáculo aos processos intelectuais superiores e devem, por isso, ser controladas, reduzidas ou ignoradas, tem prejudicado a sua inclusão nos programas científicos. Damásio (2003) refere que quando recentemente iniciou os seus estudos neste domínio verificou que os sentimentos, à semelhança da consciência, não se enquadravam em nenhum programa de investigação científica.

Embora nas primeiras décadas do século XX a posição behaviorista tenha predominado nos estudos sobre a psicologia da emoção, salientando que um conjunto de emoções inatas era modificável, ao longo do desenvolvimento, através da aprendizagem, e que a personalidade constituía um produto de experiências sucessivas de condicionamento, foi com o aparecimento dos *modelos organizacionais do desenvolvimento*, entre os quais a teoria da vinculação, que as perspectivas teóricas acerca do desenvolvimento emocional foram sendo modificadas, passando a valorizar-se as funções adaptativas das emoções e o seu papel na regulação emocional e no comportamento interpessoal, enquanto elementos organizadores do comportamento e da personalidade. Nos últimos anos do século XX,

surgem modelos clínicos que situam as emoções no contexto da psicoterapia, que põem em relevo a importância dos processos emocionais (Buchheim & Mergenthaler, 2000; Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg, Rice, & Elliot, 1993; Greenberg & Safran, 1987, 1989; Mergenthaler, 1996).

3.1 As emoções na teoria da vinculação

Na teoria da vinculação, as emoções surgem associadas ao sentimento de segurança ou insegurança do indivíduo, e constituem o resultado do desenvolvimento da vinculação e da sua consequente satisfação ou frustração (Magai, 1999).

Bowlby (1969/1984) considera que os afectos, sentimentos e emoções, conceitos muitas vezes utilizados de forma indiferenciada, consistem em fases de avaliações intuitivas, frequentemente experienciadas pelos indivíduos como sentimentos. Quando o indivíduo tem consciência dos processos de avaliação, estes permitem-lhe interpretar as mudanças internas e ambientais, desempenhando um papel importante no controlo do comportamento e na monitorização dos impulsos e estados pessoais e das situações. Constituem, também, um meio de comunicação, não sendo, neste caso, necessário que o indivíduo possua consciência destes processos. Na análise dos processos conscientes, a informação é avaliada, regulada e interpretada e, uma vez estabelecida a relevância para a acção, as suas consequências são também avaliadas. Estes processos de avaliação mantêm-se após a acção se ter iniciado, o desenvolvimento da acção é monitorizado e as suas consequências são julgadas e registadas para referência posterior.

Bowlby afirma que a avaliação e interpretação da informação, seja proveniente do meio ou do indivíduo, é experienciada em termos de *valor*, como agradável ou desagradável, com base em critérios pessoais. Esta avaliação pode envolver a *atribuição* de uma qualidade a um objecto ou indivíduo, ou então corresponder apenas a um *estado* particular no indivíduo¹. Bowlby afirma que o que é avaliado como *agradável*, tende a ser mantido ou desejado; o que é avaliado como *desagradável* tende a ser reduzido ou evitado.

¹ Alguns investigadores têm vindo a estudar o afecto a partir de duas dimensões: a valência (*pleasantness*) e a activação (*arousal*) (Feldman Barrett, 1998; Feldman Barrett & Russell, 1999; Lang, 1994; Reinsenzin, 1994; Russell, 1980). Estas dimensões podem ser definidas como experiências subjectivas, a primeira, como um sentimento subjectivo de prazer-desprazer, e a segunda, como um estado subjectivo em que o indivíduo sente um determinado nível de activação corporal (Feldman Barrett, 1998).

No sentido de clarificar a terminologia, Bowlby refere o termo sentimento como um conceito geral, cuja utilidade advém de derivar do verbo sentir. A palavra emoção, por sua vez, tem um sentido mais restrito, referindo-se aos sentimentos e afectos relacionados com a acção. Bowlby (1980) defende que as emoções mais intensas surgem durante a formação, manutenção, ruptura e renovação das relações de vinculação. A formação de um vínculo é descrita como uma *entrega* ao amor, a manutenção do vínculo como *amar alguém* e a perda de uma pessoa querida como *sofrer por alguém*. Do mesmo modo, a ameaça de perda provoca *ansiedade* e a perda efectiva leva à *tristeza*, podendo, em ambas as situações, surgir também a *raiva*. A manutenção de um vínculo é experienciada como uma fonte de segurança, e a sua renovação como uma fonte de *alegria*.

Em síntese, na obra de Bowlby, o *amor* surge integrado nos tópicos relativos à formação e manutenção das relações de vinculação (Bowlby, 1969/1984), sendo também referido que nas separações, especialmente quando são prolongadas ou repetidas, o amor é atenuado e a raiva é activada (Bowlby, 1973).

Bowlby (1973) situa a emoção *raiva* no contexto da separação da figura de vinculação. Quando a separação é temporária ou quando existe essa expectativa, é frequente esta emoção ser dirigida contra a pessoa ausente. Na sua forma funcional, a raiva consiste num comportamento punitivo, mas que tem como fim a reaproximação e o desencorajamento de uma nova separação, e embora dirigida contra o outro, actua no sentido de promover e não de romper a ligação. Esta emoção torna-se disfuncional quando a sua intensidade é tão elevada e persistente que a ligação tende a enfraquecer-se e surge um afastamento. Ocorre também quando os pensamentos e comportamentos de carácter agressivo deixam de ser dissuasores para passarem a ser de vingança, retaliatórios e de rancor. As crianças que sofreram separações prolongadas ou repetidas e que são expostas a constantes ameaças de abandono apresentam maior probabilidade de exibir uma raiva disfuncional.

Para Bowlby (1980), a *tristeza* é considerada uma reacção normal e saudável a qualquer infortúnio, que promove a procura de ajuda. A esperança, a competência e a auto-estima do indivíduo permanecem intactas. Mesmo a depressão temporária pode ser ocasionalmente experimentada pela maioria das pessoas, como consequência inevitável de um estado em que a pessoa se desorganiza, como o que ocorre após uma perda. Embora dolorosa e desorientadora, esta desorganização, e o estado depressivo que dela faz parte, são potencialmente adaptativos. As pessoas saudáveis atravessam fases de desorganização, embora regressem, após um curto período, para novas interacções, com comportamentos,

pensamentos e sentimentos, cada vez mais organizados, mantendo durante este período o sentido de competência pessoal e de auto-estima. Por estas razões, a tristeza e a depressão temporária diferem da depressão crónica.

Por último, o *medo* constitui um comportamento de afastamento, em face de situações-estímulo indicadoras de perigo. Está relacionado com o sistema de vinculação e com o sistema de exploração (Bowlby, 1969/1984; 1973). Uma criança ameaçada procura a presença da figura de vinculação, cuja disponibilidade e acessibilidade diminui a sua susceptibilidade ao medo. Bretherton (1985), a propósito da regulação da proximidade com a figura de vinculação, refere que o conflito entre o sistema de exploração e o sistema de medo pode provocar comportamentos que oscilam entre a aproximação da figura de vinculação e do estímulo ambiental. Nestes casos, a criança, para interpretar a situação, pode usar a expressão facial da mãe. Pelo contrário, em situações de *desorganização* (Main & Solomon, 1986), o medo na criança é dirigido para a figura de vinculação, o que é inadaptativo e está associado a uma perturbação grave do sistema de vinculação.

Porque estas emoções são o reflexo do estado dos vínculos afectivos de uma pessoa, a psicologia e psicopatologia da emoção são entendidos por Bowlby como a psicologia e psicopatologia dos vínculos afectivos.

Kobak (1999) procurou, a partir do legado de Bowlby, aprofundar a dinâmica emocional que ocorre nas relações de vinculação disfuncionais. Da infância à idade adulta, Kobak afirma que determinadas emoções acompanham a avaliação acerca da disponibilidade das figuras de vinculação, ao serviço de funções motivacionais, de auto-monitorização e de comunicação (Bowlby, 1969/1984).

Quando o acesso à figura de vinculação está em risco, o *medo* activa o sistema de vinculação e desencadeia comportamentos que servem para restabelecer o acesso à figura de vinculação, no sentido desta desencadear respostas de conforto. A *raiva* desempenha igualmente um papel importante. Quando os pais são percebidos como indisponíveis devido a uma separação prolongada, a criança expressa comportamentos de hostilidade e raiva. Se a figura de vinculação interpreta de forma inadequada estes comportamentos e responde com raiva ou com distanciamento, a raiva na criança pode tornar-se destrutiva e disfuncional. A *tristeza*, pelo contrário, ocorre a partir do momento em que a criança começa a aceitar a perda da figura de vinculação, reconhecendo a sua inacessibilidade e que os esforços para restabelecer o contacto não tiveram sucesso. O afastamento permite-lhe, assim, aceitar as mudanças indesejáveis e rever os modelos dinâmicos.

Quando um indivíduo confia na responsividade da figura de vinculação e mantém com esta figura uma comunicação aberta e franca, a inacessibilidade física pode ser gerida de forma a que a acessibilidade possa ser readquirida. A comunicação directa e os modelos dinâmicos seguros estão fortemente associados (Bretherton, 1987, 1990; Kobak & Duemmler, 1994). Mesmo quando a criança responde à inacessibilidade com expressões indirectas de *raiva*, *medo* ou *tristeza*, uma figura de vinculação compreensiva pode reconhecer a relação entre o comportamento de raiva da criança e os seus medos em face das ameaças à disponibilidade e responsividade da figura de vinculação. A compreensão desta relação por parte da figura de vinculação permite-lhe responder adequadamente à ansiedade da criança. As emoções negativas servem como sinalizadores dos objectivos e necessidades da criança, e a confiança na responsividade da figura de vinculação e a comunicação aberta constituem indicadores da manutenção de uma relação de vinculação segura.

No âmbito da comunicação emocional, alguns estudos têm demonstrado uma associação estreita entre o discurso emocional na relação pais-filhos e a capacidade da criança para apresentar narrativas pessoais coerentes relativas à vinculação. Assim, as crianças, cujos pais promovem na comunicação o acesso ao amplo espectro de estados afectivos, são mais capazes de expressar esses estados emocionais bem como os temas relativos à vinculação, que são inerentemente emocionais (Leibowitz, Ramos-Marcuse, & Arsénio, 2002; Oppenheim & Waters, 1995; Thompson, 2000).

Quando as emoções negativas falham no sentido de facilitar o acesso da criança à figura de vinculação, podem tornar-se disfuncionais e contribuir para uma variedade de problemas e de expressões distorcidas. A desvinculação permite desactivar o sistema de vinculação e, deste modo, a criança pode controlar as emoções dolorosas, mas apresenta dificuldades quando se reúne com os pais, evidenciando na relação uma neutralidade e uma apatia aparentes.

Se emoções como o *medo*, a *raiva* e a *tristeza*, que acompanham as ameaças à disponibilidade da figura de vinculação, forem distorcidas defensivamente pela criança, e ignoradas ou mal interpretadas pela figura de vinculação, poderão vir a ser expressas através de formas sintomáticas. A tristeza e o desespero podem transformar-se em sintomas depressivos; os medos podem ser expressos através de perturbações da ansiedade ou de sintomas dissociativos; e a raiva pode surgir em comportamentos agressivos ou anti-sociais. As emoções deixam de constituir sinais adaptativos, que facilitam a compreensão e a comunicação com os outros, e transformam-se em sintomas complexos (Kobak, 1999).

Também na linha de Bowlby, o modelo de Sroufe (1996) salienta que o desenvolvimento das emoções e a regulação emocional ocorrem no âmbito da matriz das relações de vinculação. O desenvolvimento da personalidade depende do resultado dos processos da vinculação, sendo que os padrões de regulação emocional dependem da qualidade da vinculação. O desenvolvimento emocional parte da relação diádica para a auto-regulação da emoção, representando a relação de vinculação o protótipo para a auto-regulação. Deste modo, as diferenças individuais na auto-regulação da emoção encontram as suas origens nos padrões de regulação diádica (Sroufe, 1989).

Para que um recém-nascido se torne um ser emocional, é necessário que a figura de vinculação forneça rotinas harmoniosas e suaves, possibilitando assim ao bebé uma progressiva familiarização e a manutenção da interacção entre ambos. A resposta adequada aos estados emocionais da criança será determinante para a qualidade da vinculação futura. Os primeiros três meses fornecem uma oportunidade importante para a figura de vinculação aprender acerca das características e qualidades particulares da criança. A figura de vinculação, quando mantém *um interesse positivo e um envolvimento* com a criança, desenvolve um sentido de eficácia e de satisfação, e o aparecimento das respostas sociais na criança vai permitir à figura de vinculação manter o seu comportamento de cuidados.

A capacidade da figura de vinculação para responder aos sinais e cooperar com a criança depende da sua motivação para ser responsiva. A criança está envolvida e, por isso, é vulnerável aos cuidados não-responsivos ou caóticos. A regulação da tensão guiada pela figura de vinculação será fundamental nos primeiros anos da infância, ao procurar evitar a sobre-estimulação, ao fornecer alívio para a tensão, e sobretudo ao *promover experiências de afecto positivo*. A figura de vinculação deve, assim, ajudar a criança a manter-se organizada, e *afectivamente positiva*, em face da novidade². O envolvimento da criança em contextos variados implica que seja capaz de lidar com situações de intensidade, novidade e complexidade moderadas, mas também capaz de tolerar uma tensão crescente, sem perda de contacto e sem que o comportamento se torne desorganizado. Tolerar a tensão, manter a

² É interessante a analogia que se pode estabelecer entre a perspectiva de Sroufe, que acentua a relação entre o afecto positivo e a regulação emocional, nos primeiros anos de vida, e os resultados de alguns estudos que, no estado adulto, revelam uma relação estreita entre afecto positivo e a resolução de problemas (Folkman & Moskowitz, 2007; Gentler, 2002; Tugade & Fredrickson, 2004).

atenção em face da complexidade, e aprender que o ambiente a influencia mas que também ela pode influenciar o ambiente, são os alicerces das interações da criança com o meio, aspectos que contribuem decisivamente para o seu desenvolvimento cognitivo e social. Quando a tensão é desorganizadora, conduzindo a comportamentos estereotipados ou a uma retirada, o desenvolvimento cognitivo e social da criança é geralmente dificultado. A partir da sua *motivação intrínseca*, a criança vai desenvolver a capacidade para tolerar a tensão e para manter o envolvimento com as figuras de vinculação e com os outros. As figuras de vinculação *sensíveis* apoiam esta motivação, ao *responder ao estado afectivo* da criança. Ao fornecer à criança o espaço necessário para que se torne competente, ampliando, dando suporte e regulando a sua resposta, ela adquire os princípios do dar e receber, da participação social, da eficácia e da mutualidade.

A figura de vinculação desempenha um papel central na regulação inicial da excitação e da emoção, em termos de *co-regulação* (Fogel, 1993) e de *regulação mútua* (Tronick, 1989). No início é a figura de vinculação que conduz a interação diádica, e se esta é bem sintonizada revela uma verdadeira reciprocidade. Ao longo do segundo e terceiro ano, surge uma *auto-regulação apoiada e guiada pela figura de vinculação*. Em certas situações, as crianças não conseguem, ainda, de forma autónoma, regular a excitação e controlar o seu comportamento adequadamente, sobretudo, em situações de elevada excitação, agressão ou expressão de impulsos. Nestes casos, a figura parental antecipando a frustração ou ajudando-a a lidar directamente com o problema, permite-lhe aprender a inibir os impulsos e a obter um maior controlo sobre os estados de tensão emocional.

Nesta fase, é fundamental que a criança seja capaz, por um lado, de expressar directamente as emoções e, por outro lado, de as regular quando necessário. Estas tarefas exigem à criança ter livre acesso aos sentimentos e liberdade de os expressar bem como a capacidade de permanecer organizada em face de uma excitação elevada, acreditando também que é capaz de recuperar após uma expressão emocional intensa. Os *alicerces da regulação emocional* encontram-se nos padrões de interação precoce da criança com a figura de vinculação. A criança aprende que as suas experiências emocionais intensas são aceitáveis, mas que têm que ser contidas, ainda que guiadas pela figura de vinculação. Esta *auto-regulação guiada* orienta a *auto-regulação*, que irá surgir no período pré-escolar.

Neste período, a expectativa é a de que as crianças assumam um papel cada vez mais significativo na auto-regulação das emoções e impulsos, sem se tornarem agressivas ou desorganizadas devido à frustração, e que sejam também capazes de lidar com estados de excitação intensa. Segundo Sroufe et al. (2005b), a *auto-regulação* consiste numa tarefa

individual, que envolve a expressão, mas também a contenção de impulsos, desejos e sentimentos. As crianças deverão ser capazes de uma orientação e gestão pessoal, que embora com a necessária supervisão dos adultos, pressupõe a interiorização de regras e valores das figuras de vinculação, gerando sentimentos de orgulho quando alcançam um objectivo e sentimentos de culpa quando fracassam. A selecção dos pares, a manutenção das interacções e a participação em grupos constituem a base da futura *competência social*. Estas experiências são cruciais na consolidação de um sentido de *self* ou de personalidade e, em particular, na construção de uma auto-estima positiva.

O modelo de Sroufe é compatível com a afirmação de Siegel (1999) de que *as transacções emocionais da vinculação segura incluem respostas emocionalmente sensíveis dos pais aos sinais da criança, que permitem ampliar os estados emocionais positivos da criança e regular os seus estados negativos*. O apoio dos pais na redução de emoções como o medo, a ansiedade ou a tristeza, fornecem à criança um refúgio de segurança, de modo a que fique confortada. As experiências repetidas ficam guardadas como expectativas ao nível da memória implícita e, posteriormente, como modelos mentais ou esquemas de vinculação, que possibilitam à criança adquirir um sentido interno do que Bowlby designou por *base segura*.

Na linha de Bowlby, o *medo*, a *ansiedade* e a *raiva* constituem reacções normais perante circunstâncias naturais e guiam os indivíduos no sentido da manutenção das relações significativas. A perturbação surge quando estas reacções se tornam crónicas, mal orientadas, desencadeadas inadequadamente ou quando não ocorrem apesar de necessárias. Muitas formas de psicopatologia estão associadas a situações de desregulação emocional ou a relações perturbadas (Sroufe, Duggal, Weinfield, & Carlson, 2000), em que as figuras de vinculação se mostraram incapazes de ajudar as crianças a regular as suas reacções emocionais normais (Sroufe et al., 2005b).

O desenvolvimento emocional e a regulação emocional apresentam-se nesta perspectiva como duas faces da mesma moeda, constituindo as relações de vinculação a matriz da auto-regulação (Sroufe, 1989; 1996; Sroufe et al., 2005a,b).

Recentemente, Mikulincer, Shaver e Pereg (2003) procuraram, no âmbito da investigação da vinculação em adultos, compreender a dinâmica da regulação do afecto através da relação entre as estratégias da vinculação e aspectos afectivos e cognitivos. Cada uma das estratégias de vinculação tem um objectivo regulatório específico e os processos

cognitivos e afectivos são estruturados com vista a esse objectivo. Enquanto que os objectivos das *estratégias baseadas na segurança* consistem num conjunto de recursos pessoais que permitem ao indivíduo manter a saúde mental em períodos de *stress* e ampliar as capacidades e perspectivas, os objectivos das estratégias secundárias permitem lidar com a activação do sistema de vinculação, reduzindo ou eliminando a dor provocada pelas tentativas frustradas de procura de proximidade. Para as estratégias secundárias, a regulação do *stress* deixa de constituir o objectivo regulatório principal e a hiperactivação a desactivação do sistema de vinculação transformam-se no objectivo a alcançar. Enquanto as *estratégias de hiperactivação* mantêm o sistema de vinculação activado em permanência, em alerta constante em relação a ameaças e separações, as *estratégias de desactivação* mantêm o sistema de vinculação contido, com consequências para a abertura cognitiva e emocional.

O *afecto negativo* tem consequências cognitivas importantes. Assim, as estratégias de hiperactivação aumentam o foco da atenção nas emoções negativas e na ruminação mental de pensamentos negativos, favorecem a disseminação do afecto negativo pela memória operativa e facilitam o processamento de cognições negativas congruentes. Estas cognições negativas podem exacerbar o humor negativo, as percepções negativas do outro elemento da relação e os medos de rejeição e abandono, e contribuir assim para uma activação continuada do sistema de vinculação. As estratégias de desactivação, pelo contrário, enfraquecem as ligações entre o afecto negativo e as cognições. Inibindo a experiência de estados emocionais aversivos e excluindo estes estados da consciência, as estratégias de desactivação parecem bloquear o reconhecimento da experiência negativa e prevenir o uso de informação acerca do estado interno no processamento cognitivo. Este processo faz com que o afecto negativo deixe de influenciar as cognições, ficando possivelmente ao serviço do objectivo de desactivação do sistema de vinculação (Mikulincer et al., 2003).

As consequências cognitivas do *afecto positivo* são diferentes. A utilização prolongada e repetitiva das estratégias de hiperactivação revela uma abertura indiferenciada em relação às cognições negativas. A disseminação da activação pelas cognições negativas pode iniciar-se mesmo com o afecto positivo. É possível que uma primeira experiência de um estado positivo se torne depois recordada associada a experiências prévias negativas. Uma vez sintonizada para as memórias e possibilidades negativas, a mente ansiosa pode revelar uma disseminação de associações negativas, que interferem com o processamento cognitivo criativo e flexível. As estratégias de

hiperactivação inibem os indivíduos de se sentir seguros e pensar de forma criativa. Possivelmente, a desregulação emocional associada à vinculação ansiosa generaliza-se a todas as emoções, não apenas às emoções negativas, e assim, qualquer activação emocional pode ser experienciada como aversiva e incontrollável. Um aspecto fundamental das estratégias de desactivação consiste na exclusão defensiva do material afectivo (Dozier & Kobak, 1992). Nestas estratégias, o afecto positivo, à semelhança do afecto negativo, é irrelevante para o processamento de informação. Enquanto que o evitamento do afecto negativo pode impedir a activação do sistema de vinculação, o evitamento do afecto positivo evita a exploração criativa, que pode resultar em confusão e incerteza, e que, por sua vez, poderá reactivar o sistema de vinculação. Após uma utilização repetida e prolongada, esta estratégia defensiva de desviar a atenção das emoções e a tentativa a todo o custo de evitar ser emocional, pode resultar numa indiferença geral pela experiência emocional (Mikulincer et al., 2003).

3.2 Metodologia de avaliação de emoções: Episódios emocionais e compreensão emocional

No âmbito da investigação clínica e empírica, apresentam-se em seguida alguns estudos que constituíram a base do desenvolvimento de metodologias de avaliação da expressão emocional e da compreensão emocional, designadamente, do método dos episódios emocionais e da compreensão emocional utilizados na nossa investigação.

Ao nível da psicoterapia, a importância dos processos emocionais foi evidenciada através de programa de investigação desenvolvido por Mergenthaler (1996), que procurou identificar no processo terapêutico psicodinâmico os momentos-chave para a mudança terapêutica. Com vista a analisar as transcrições de sessões terapêuticas, utilizou como variáveis a *tonalidade emocional* - manifestação linguística do acontecimento emocional, e o *nível de abstracção* - manifestação linguística dos processos cognitivo-reflexivos, numa ordem quantitativa e cronológica prototipológica. Do cruzamento das duas variáveis foi possível identificar quatro *padrões de emoção-abstracção*: o padrão relaxado, caracterizado por baixo tom emocional e baixo nível de abstracção, o reflexivo, integrando um baixo tom emocional e elevado nível de abstracção, o experiencial, revelando um elevado tom emocional e baixo nível de abstracção e, por último, de ligação, que

corresponde a um elevado tom emocional e elevado nível de abstracção. A partir destes padrões, Mergenthaler apresentou o *modelo do Ciclo Terapêutico*, baseado no princípio de que, ao longo do processo terapêutico e durante cada sessão, os padrões de emoção-abstracção se sucedem através de uma ordem determinada. Verificou que uma maior percentagem de padrões de ligação ocorrem nos casos bem sucedidos, são mais frequentes no final da terapia e estão associados à mudança terapêutica.

Nesta linha, o estudo de Buchheim e Mergenthaler (2000) procurou estudar este processo associado à vinculação. Foi utilizada a AAI como material verbal, tendo sido efectuada a avaliação da vinculação através do *Q-Sort* (Kobak, 1993), e elaborados dicionários computadorizados para a análise no texto dos padrões linguísticos de emoção-abstracção, referidos anteriormente e, ainda, do estilo narrativo presente. Os resultados revelaram diferenças significativas entre os padrões de vinculação em relação às medidas linguísticas utilizadas, com os sujeitos desligados a revelarem médias mais baixas em todas as medidas, os sujeitos preocupados com as médias mais elevadas e o grupo seguro com médias intermédias em relação aos restantes padrões. Este estudo é consistente com outros estudos, que apresentam outro foco de investigação e que apontam, respectivamente, nos dois grupos inseguros, desligado e preocupado, para uma desactivação ou hiperactivação da informação relevante sobre a vinculação, bem como para uma flexibilidade no grupo seguro (Main, 1990; Mikulincer et al., 2003).

Com vista a analisar de forma exaustiva as tarefas do processo terapêutico e a sua relação com os resultados da terapia, foi desenvolvido um vasto programa de investigação, no âmbito da *abordagem Processo-Experiencial* de Greenberg e colaboradores (Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg, Rice, & Elliott, 1993; Greenberg & Safran, 1987). Estes autores verificaram que a mudança terapêutica duradoura estava intimamente ligada à activação de processos emocionais, tendo constatado que, no conjunto das tarefas terapêuticas, a sequência dos processos de activação e exploração emocionais é particularmente importante, pois facilitam o aparecimento de novas experiências e significados, explorados e simbolizados através da linguagem. A *expressão verbal das emoções* permite, assim, activar os esquemas emocionais dos clientes com vista quer à reestruturação de significados anteriores quer à criação de novos significados (Greenberg & Paivio, 1997).

No contexto da psicoterapia, foi desenvolvido o *método dos Episódios Emocionais* (Korman, 1991, 1998) para avaliar os esquemas emocionais disfuncionais de pacientes deprimidos e as mudanças ocorridas nas emoções, ao longo da psicoterapia centrada nas

emoções. A construção deste método teve subjacente a investigação desenvolvida por Shaver, Schwartz, Kirson e O'Connor (1987) acerca do conhecimento emocional. Os resultados sugerem uma mudança mais significativa, entre o início e o fim da terapia, ao nível das emoções expressas, sobretudo no grupo de pacientes em que a terapia obteve melhores resultados clínicos. Korman (1998) referiu, ainda, a necessidade de incluir em futuras amostras um número superior de sujeitos, para ser possível utilizar de procedimentos estatísticos mais refinados, com vista à avaliação do acordo inter-observadores e, a partir de medidas múltiplas, examinar não apenas a quantidade mas também a *qualidade* das experiências emocionais. Este método foi utilizado, em Portugal, por Vilarinho (2003), no âmbito da AAI, junto de jovens e adultos do sexo feminino com perturbações do comportamento alimentar. Os resultados deste estudo serão apresentados no segundo capítulo.

No que respeita à compreensão emocional, Pons, Harris e de Rosnay (2004) efectuaram uma revisão da literatura dos últimos 20 anos. Constataram que a compreensão emocional sofre transformações importantes entre os 18 meses e os 12 anos de idade, relacionadas com o desenvolvimento da compreensão das emoções, as suas causas e o seu controlo (Harris, 2000; Pons, Harris, & de Rosnay, 2000; Saarni, Mumme, & Campos, 1998). Esta revisão salienta que têm sido estudadas pelo menos nove componentes da compreensão emocional, desde a simples atribuição de emoções com base em expressões faciais até às emoções envolvidas em julgamentos morais. Estes componentes consistem: (1) no *Reconhecimento* - Com 3, 4 anos, as crianças começam a ser capazes de reconhecer e identificar emoções com base nas emoções básicas (felicidade, tristeza, medo e raiva), quando apresentadas em material figurativo (Cutting & Dunn, 1999; Denham, 1986; Dunn, Brown, & Berdsall, 1991); (2) numa *Causa externa* - As crianças com 3, 4 anos começam a reconhecer como é que as causas externas afectam as emoções das outras crianças, conseguindo por exemplo antecipar a tristeza do outro perante a perda do brinquedo preferido ou a sua alegria quando recebe um brinquedo (Cutting & Dunn, 1999; Denham, 1986; Fabes, Eisenberg, Nyman, & Michaelieu, 1991; Hughes & Dunn, 1998); (3) nos *Desejos* - Entre os 3 e os 5 anos de idade, as crianças começam a constatar que as reacções emocionais das pessoas dependem dos seus desejos. Conseguem compreender, por exemplo, que duas pessoas podem sentir emoções diferentes na mesma situação pelo facto dos seus desejos serem diferentes (Harris, Jonhson, Hutton, Andrews, & Cooke, 1989); (4)

nas *Crenças* - Entre os 4 e os 6 anos, as crianças começam a compreender que as crenças de alguém, sejam verdadeiras ou falsas, determinam a sua reacção emocional perante uma situação (Bradmetz & Schneider, 1999; Fonagy, Redfern, & Charman, 1997; Hadwin & Perner, 1991; Harris & Lipian, 1989); (5) na *Memória* - As crianças entre os 3 e os 6 anos começam a compreender a relação entre memória e emoção. Aumenta a compreensão de que a intensidade da emoção diminui com o tempo e que determinados elementos de uma situação presente podem fazer recordar emoções passadas (Harris, 1983; Lagattuta & Wellman, 2001; Lagattuta, Wellman, & Flavell, 1997); (6) na *Regulação* - As crianças invocam diferentes estratégias para o controlo emocional. As crianças com 6, 7 anos apresentam estratégias comportamentais enquanto que a partir dos 8 anos começam a reconhecer que as estratégias psicológicas, como por exemplo a negação, podem ser mais eficazes (Harris, 1989; Harris & Lipian, 1989; Meerum Terwogt, & Stegge, 1995); (7) na *Discrepância* - Pode existir um desfasamento entre a expressão externa da emoção e a emoção sentida. Entre os 4 e os 6 anos aproximadamente, as crianças começam a compreender este desfasamento (Gross & Harris, 1988; Jones, Abbey, & Cumberland, 1998; Joshi & MacLean, 1994; Saarni, 1979); (8) *Misto* - Cerca dos 8 anos de idade, as crianças começam a compreender que uma pessoa pode ter respostas emocionais múltiplas ou mesmo contraditórias em relação a uma dada situação (Arsenio & Lover, 1999; Brown & Dunn, 1996; Fischer, Shaver, & Carnochan, 1990; Harris, 1983; Harter & Buddin, 1987; Hughes & Dunn, 1998, Kestenbaum & Gelman, 1995; Peng, Jonhson, Pollock, Glasspool, & Harris, 1992; Steele, Steele, Croft, & Fonagy, 1999); e (9) na *Moralidade* - As crianças, cerca dos 8 anos, começam a compreender que os sentimentos negativos resultam de uma acção moral repreensível, como mentir por exemplo, e que os sentimentos positivos resultam de uma acção moralmente louvável, como fazer um sacrifício ou resistir a uma tentação (Harter & Whitesell, 1989; Lake, Lane, & Harris, 1995).

Embora se trate de um corpo considerável de investigações, o estudo da relação destes componentes em termos desenvolvimentais tem sido escasso. Assim, Pons, Harris e de Rosnay (2004) procuraram estudar o desenvolvimento destes componentes bem como as suas relações junto de 100 crianças dos três, cinco, sete, nove e onze anos. Estes investigadores verificaram que cada um dos domínios referidos anteriormente se desenvolve com a idade. Aos três anos, mais de metade das crianças reconhece, com base na sua expressão facial, pelo menos quatro ou cinco emoções. Cerca dos cinco anos, a maioria das crianças reconhece diferentes expressões faciais, identifica correctamente as causas exteriores e compreende o impacto da memória na emoção. Pelos sete anos, uma

grande maioria das crianças está apta a compreender o papel dos desejos, das crenças e a possibilidade de emoções encobertas. Entre os nove e os onze anos, grande parte das crianças é capaz de compreender as emoções mistas, a possibilidade da sua regulação através da cognição e a influência da moralidade nas emoções. Os resultados revelaram ainda uma organização hierárquica de diferentes componentes em três períodos desenvolvimentais. Inicialmente, as crianças centram-se nos *aspectos externos da emoção*, ou seja, nas expressões faciais, nas causas externas e no impacto de acontecimentos externos associados ou recordações, que emergem em simultâneo. No segundo grupo, a situação é similar, mas aparece ao mesmo tempo a compreensão de vários *aspectos mentais da emoção* – o papel dos desejos e das crenças e a distinção entre emoção expressa e sentida. No terceiro grupo, a compreensão da criança acerca do modo como um indivíduo pensa sobre um acontecimento particular de natureza emocional utilizando mais do que uma perspectiva conduz a uma *apreciação simultânea das emoções mistas, das estratégias de controlo cognitivo e do efeito da ruminação* na ausência do reconhecimento de uma má acção. Estes três grupos sugerem uma organização causal: a compreensão dos aspectos exteriores centrais da emoção constitui um pré-requisito para a compreensão de aspectos de natureza mais psicológica das emoções. Por sua vez, a compreensão destes aspectos constitui um pré-requisito para a compreensão do impacto da reflexão e da ruminação sobre as emoções.

Embora a criança desenvolva uma compreensão cada vez mais sofisticada e articulada das emoções, individualizando-as e compreendendo o que as desencadeia, expressando por palavras esse conhecimento e procurando regular as suas emoções e as dos outros, através da compreensão crescente do papel dos processos de avaliação, é de salientar que o processo desenvolvimental de compreensão das emoções é lento e doloroso, impondo à criança constrangimentos conceptuais importantes na sua consciência reflexiva. Segundo Izard e Harris (1995), é admissível que as crianças tentem evitar pensamentos e recordações cuja experiência foi emocionalmente intensa, podendo mesmo negar que experimentaram uma emoção particular. Ao nível da compreensão das emoções mistas, a criança pode não conseguir conceber as condições que desencadearam determinada emoção, o que significa um desnível entre o sistema de avaliação e o sistema de atribuição. Estes investigadores afirmam que enquanto que o sistema de avaliação pode operar rapidamente, abarcando aspectos simultâneos de uma situação, o sistema de atribuição parece operar de outra forma, isto é, a criança focaliza um aspecto da situação e reconhece a emoção que pode ser rapidamente sentida, negligenciando os outros aspectos da situação.

Alguns estudos têm referido a existência de diferenças individuais no sentido de uma compreensão emocional complexa (Kestenbaum & Gelman, 1995; Peng, Johnsson, Pollok, Glaspool, & Harris, 1992; Pons & Harris, 2005; Wintre, Polivy, & Murray, 1990; Wintre & Vallance, 1994). Em particular, o estudo de Pons e Harris (2005) constatou, junto de crianças em idade escolar com sete, nove e onze anos de idade, uma estabilidade significativa em relação às diferenças individuais na compreensão emocional, nos seus componentes mais simples e nos componentes complexos.

As diferenças individuais na compreensão de emoções complexas têm sido associadas aos estilos de conversação sobre a emoção entre os pais e a criança (Brown & Dunn, 1996; Denham, Cook, & Zoller, 1992; Denham, Zoller, & Couchoud, 1994; Dunn, Brown, & Beardsall, 1991), *a influências da vinculação precoce* (Bretherton, Ridgeway, & Cassidy, 1990; de Rosnay & Harris, 2002; Fonagy & Target, 1997; Harris, 1999; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985; Steele, Steele, Croft, & Fonagy, 1999; Steele, Steele, & Johansson, 2002; Steele & Steele, 2005) e, ainda, às competências linguísticas da própria criança (de Rosnay & Harris, 2002; Harris, de Rosnay, & Pons, 2005; Pons, Lawson, Harris, & de Rosnay, 2003).

De acordo com a teoria da vinculação, as diferenças individuais na organização da vinculação estão relacionadas com a compreensão emocional (de Rosnay & Harris, 2002; Fonagy & Target, 1997; Harris, 1999). Quando se solicita a crianças de três anos que interpretem material de natureza emocional (Bretherton, Ridgeway, & Cassidy, 1990) ou que aceitem, aos seis anos, a premissa de uma história cujo tema está relacionado com a vinculação (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985), observa-se uma relação estreita entre a segurança da vinculação e a compreensão emocional.

O estudo longitudinal *The London Parent-Child Project* foi desenvolvido com o objectivo de investigar o carácter intergeracional dos padrões de vinculação e os seus efeitos ao nível das relações precoces, e no desenvolvimento social, emocional e cognitivo subsequente. Cerca de quarenta e seis crianças deste projecto, com cerca de seis anos, participaram numa tarefa de compreensão emocional - a *Affect Task*, com cartões sobre dilemas sociais e emocionais, que procuravam avaliar a capacidade da criança para compreender e resolver conflitos emocionais, em si próprio e nos outros (Steele, Steele, Croft, & Fonagy, 1999). Estes investigadores verificaram que aos seis anos foi possível prever a realização na tarefa de compreensão emocional, a partir da segurança na relação de vinculação mãe-criança (como foi avaliada através da *Situação Estranha* com um ano

de idade) e da segurança da vinculação materna (como foi avaliada através da AAI durante a gravidez), antes do nascimento da criança. A vinculação mãe-criança aumentou significativamente a predição da compreensão das emoções complexas, mesmo antes de controlar as variações da idade da criança no momento da avaliação e as competências verbais dos pais e da criança. Quando aos onze anos, foi readministrada uma versão modificada da *Affect Task*, continuou a ser a segurança da vinculação materna que isoladamente constituiu o preditor dos resultados da compreensão emocional (Steele & Steele, 2005).

Os estudos empíricos desenvolvidos no domínio da compreensão emocional têm sido conduzidos com amostras normativas, integrando crianças e pré-adolescentes. Será importante desenvolver a investigação neste domínio, incluindo populações clínicas.

3.3 Significações emocionais e perturbações alimentares

No âmbito da investigação clínica, Joyce-Moniz (1999) para diferentes grupos de perturbações psiquiátricas, entre os quais a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, procurou estabelecer uma psicopatologia da expressão emocional, apresentando uma síntese dos elementos emocionais que melhor caracterizam as diferentes perturbações.

Este investigador afirma que muitas das classificações tradicionais se referem às perturbações da afectividade, caracterizando-se, precisamente, pelas modificações patológicas das disposições ou *estados emocionais prolongados* de depressão, elação ou outros, e que levou recentemente à definição de *personalidades* distímicas, hipertímicas ou ciclotímicas. No entanto, refere que de acordo com a natureza cognitivo-emocional das significações subjacentes, *todas* as perturbações são afectivas, ao integrarem *transformações afectivas consideradas patológicas e sintomas de expressão emocional*.

A descrição das categorias nosológicas tradicionais tem sido, contudo, segundo este investigador, mais diferenciada através dos sintomas cognitivos, atitudinais e psicofisiológicos do que através das *reações emocionais sintomáticas*, talvez devido ao repertório das emoções humanas ser relativamente escasso. Mas a questão é diferente quando se recorre às significações de emoções, que são os sentimentos, uma vez que estes podem definir múltiplas combinações cognitivo-emocionais. Deste modo, a psicopatologia tradicional tem revelado interesse pelos *distúrbios da emoção ou do sentimento*, referindo problemas de *regulação, reacção, qualidade, intensidade, evolução ou predisposição*

emocional. Em geral, as significações emocionais ou sentimentos confundem-se com a dinâmica da expressão emocional, isto é, as dimensões subjectivas do que o paciente sente e como sente surgem relativamente indistintas em relação ao que ele revela ao nível das expressões faciais e gestuais (Joyce-Moniz, 1999).

Partindo de que as descrições nosológicas devem separar o sintoma afectivo e a sua dinâmica em relação à sua *dramatização*, para melhor evidenciarem tanto a *qualidade* e a *intensidade* da expressão como o seu *processo* ou *estilo*, como ainda a sua *congruência* ou *incongruência/dissociação* com os outros sintomas cognitivo-verbais e atitudinais, Joyce-Moniz (1999) propõe três critérios como fundamentos de uma psicopatologia da expressão emocional: *a qualidade e intensidade da emoção expressa*; *o processo ou estilo da expressão*; e *a ligação e descrição da expressão*. Cada um destes critérios apresenta uma classificação tridimensional, comportando duas dimensões opostas: *modo catártico* vs *modo épico*; *labilidade* vs *disposição*; *congruência* vs *dissociação*. A terceira dimensão constitui uma derivação de uma das dimensões anteriores, mas suficientemente diferenciada e frequente para justificar a sua especificação: *modo restrito* em relação ao modo épico; *bipolaridade* em relação à disposição; *alexitimia/perda de ressonância* em relação à congruência.

Joyce-Moniz procurou definir cada um dos três critérios referidos, através de uma apresentação das características de cada uma das dimensões que lhes estão associadas. Assim, *a qualidade e intensidade da emoção expressa* foi definida a partir do modo restrito, catártico e épico; *o processo ou estilo da expressão*, a partir da disposição, labilidade e bipolaridade; e *a ligação e descrição da expressão*, através da congruência, dissociação e alexitimia/perda de ressonância.

No que respeita à psicopatologia da expressão emocional na anorexia nervosa e bulimia nervosa, Joyce-Moniz (1999) apresentou um resumo das características expressivas dominantes, as principais emoções expressas nessas perturbações e os principais movimentos corporais e faciais que expressam as emoções e os sentimentos. Refere assim que: (1) o modo restrito, e raramente o modo épico, caracteriza a *qualidade e intensidade da emoção expressa*. O sujeito parece não conseguir expressar as suas emoções, a expressão é insípida, uniforme ou brusca, as emoções parecem não estar diferenciadas e o débito e a frequência da expressão são inconstantes. O modo épico significa que o sujeito parece controlar excessivamente as suas emoções, a expressão é fria e distanciada, as emoções parecem estar diferenciadas e o débito e frequência da expressão são escassos; (2) a disposição, e raramente a labilidade, define *o processo ou estilo da*

expressão. A expressão do sujeito é sustida, prolongada e estável do mesmo tipo de emoções. A labilidade corresponde a variações frequentes e imprevisíveis na expressão, incluindo o mesmo ou vários tipos de emoção; (3) A alexitimia caracteriza *a ligação e descrição da expressão*. Existe acordo entre o tipo de emoção expressa e os sintomas atitudinais, mas há uma sensação de perda de afecto, com a impossibilidade de descrição verbal das emoções experienciadas. Quanto às emoções e expressões corporais predominantes, Joyce-Moniz apresenta a ansiedade e a depressão, uma tentativa de controlo do corpo e a hiperactividade.

O desenvolvimento da investigação clínica e empírica das emoções poderá ter importantes implicações para a compreensão do desenvolvimento normativo e inadaptativo, e contribuir para a formulação de uma teoria integrada do desenvolvimento (Cicchetti, Ackerman, & Izard, 1995; Hesse & Cicchetti, 1982; Izard & Harris, 1995). Por outro lado, o aumento da investigação no domínio da vinculação, particularmente em amostras clínicas com crianças e adultos, tem posto em evidência a natureza emocional da vinculação e a sua importância para a psicopatologia. O capítulo que se segue centra-se na investigação empírica desenvolvida no âmbito das perturbações do comportamento alimentar, em particular, sobre os contributos da investigação para a caracterização clínica e etiopatogenia destas perturbações, realçando também os estudos empíricos que investigam as perturbações alimentares à luz da vinculação e das emoções.

CAPÍTULO 2:

PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, VINCULAÇÃO E EMOÇÕES

Neste capítulo, começamos por caracterizar as perturbações do comportamento alimentar do ponto de vista clínico e da sua etiopatogenia para, em seguida, apresentarmos uma revisão da literatura empírica que situa estas perturbações em relação à vinculação e às emoções.

1. PERTURBAÇÕES DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR: ASPECTOS CLINICOS E ETIOPATOGENIA

As perturbações alimentares situam-se entre as dez principais causas de incapacidade entre as mulheres jovens (Mathers, Vos, Stevenson, & Begg, 2000) e a anorexia nervosa possui o maior índice de mortalidade entre as perturbações mentais (Millar, Wardell, Vyvyan, Nagi, Prescott, & Eagles, 2005; Sullivan, 1995; Zipfel, Lowe, Reas, Deter, & Herzog, 2000). A anorexia nervosa e a bulimia nervosa são hoje doenças das sociedades desenvolvidas, afectam sobretudo as mulheres jovens, e são pouco frequentes no sexo masculino. Ocorrem sobretudo nos países industrializados, são raras nos países pouco desenvolvidos, e apresentam uma baixa incidência em minorias étnicas. Parece existir uma associação entre aculturação e patologia alimentar (Stice, 1994). Em Portugal, os estudos epidemiológicos, apesar de escassos e de serem baseados sobretudo em amostras não-clínicas, sugerem uma prevalência considerável destas perturbações entre as mulheres jovens e adolescentes (Gonçalves, 1998; Machado, Machado, Gonçalves, & Hoek, no prelo).

A anorexia nervosa é hoje reconhecida como um fenómeno complexo, com uma prevalência média de 0.3% em mulheres jovens (Hoek & van Hoeken, 2003). Esta taxa de

prevalência poderá ser inferior à real, devido à frequente recusa destes sujeitos em participar em investigações no âmbito das perturbações alimentares. Os picos de maior risco de incidência ocorrem aos 14 e 18 anos, nos períodos de passagem da infância para a adolescência e desta para adulto jovem, correspondendo, assim, a uma perturbação da adolescência (Attie & Books-Gunn, 1995; Gouveia, 2000). Esta perturbação continua a constituir um desafio à sua compreensão e tratamento, representando para muitos clínicos uma das formas de psicopatologia mais resistentes e frustrantes (Fairburn, Shafran, & Cooper, 1999). A duração média da doença é de 6 anos, mas cerca de um terço das doentes tem uma evolução crónica de 20 a 30 anos de duração ou até uma morte prematura. Cerca de 90% dos casos de anorexia nervosa são mulheres, oscilando a percentagem de casos do sexo masculino entre os 5 e os 15 % (Hsu, 1989).

Na bulimia nervosa, os estudos de prevalência em adolescentes ou mulheres jovens da população geral apontam para 1% no sexo feminino e para 0.1% no sexo masculino (Hoek & van Hoeken, 2003). É possível que se trate de valores inferiores à sua ocorrência real na população geral, dado que os indivíduos com este tipo de perturbação se recusam geralmente a participar nos estudos epidemiológicos (Fairburn, Hay, & Welch, 1993; Hoek, 1995). Devido ao secretismo envolvido nesta doença, só uma pequena percentagem dos casos de bulimia nervosa procura tratamento, apesar da investigação mostrar que os casos identificados apresentam um nível de morbilidade semelhante ao das doentes que procuram tratamento (Fairburn, Hay, & Welch, 1993).

O diagnóstico de uma perturbação alimentar depende, segundo Fairburn e Harrison (2003), da existência de uma perturbação clara nos hábitos alimentares ou nos comportamentos para controlo do peso, que se reflecte em dificuldades de funcionamento clinicamente significativas, com impacto ao nível psicológico e da saúde física, e não sendo esta perturbação comportamental secundária a outra condição médica geral ou psiquiátrica. As auto-avaliações das pacientes com estas perturbações caracterizam-se por serem quase exclusivamente centradas no seu peso, forma corporal e capacidade de controlo da alimentação, e os seus sintomas comuns traduzem uma insatisfação com a imagem corporal, uma distorção dessa imagem e um medo intenso de ganhar peso (Garfinkel, 1995; 2002).

Existe um razoável consenso em torno da classificação das perturbações do comportamento alimentar apresentada no DSM-IV-TR (APA, 2002), onde são

especificadas três categorias diagnósticas – anorexia nervosa, bulimia nervosa e perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação.

ANOREXIA NERVOSA

O DSM-IV-TR apresenta quatro critérios fundamentais para o diagnóstico da anorexia nervosa: recusa em manter um peso corporal igual ou superior ao minimamente normal para a idade e altura; medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo quando o peso é insuficiente; perturbação na apreciação do peso e forma corporal, indevida influência do peso e forma corporal na auto-avaliação ou negação da gravidade do grande emagrecimento actual; nas jovens após a menarca, amenorreia, ou seja, ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos. Especifica, ainda, o *tipo restritivo*, em que durante o episódio actual de anorexia nervosa a pessoa não recorre regularmente a ingestão compulsiva de alimentos nem a purgantes, e o *tipo ingestão compulsiva/purgativo* em que durante o episódio actual de anorexia nervosa a pessoa tem comportamentos bulímicos ou purgativos.

BULIMIA NERVOSA

A existência de um peso normal distingue a bulimia nervosa da anorexia nervosa. O DSM-IV-TR apresenta os seguintes critérios de diagnóstico para a bulimia nervosa: episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva - um episódio é caracterizado por comer, num curto período de tempo, uma quantidade de alimentos definitivamente superior à que a maioria das pessoas comeria num período de tempo semelhante e nas mesmas circunstâncias, e pela sensação de perda de controlo sobre o acto de comer durante o episódio, um sentimento de incapacidade para parar de comer ou controlar a quantidade e qualidade dos alimentos; comportamento compensatório inadequado recorrente para impedir o ganho ponderal, como vomitar, usar laxantes, diuréticos, enemas ou outros medicamentos, jejum ou exercício físico excessivo; a ingestão compulsiva de alimentos e dos comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem ambos, em média, pelo menos duas vezes por semana em três meses consecutivos; a auto-avaliação é indevidamente influenciada pelo peso e forma corporais; a perturbação não ocorre exclusivamente durante os episódios de anorexia nervosa. Especifica, ainda, o *tipo purgativo*, em que durante o episódio actual de bulimia nervosa a pessoa induz regularmente o vómito ou abusa de

laxantes, diuréticos ou enemas, e o *tipo não purgativo*, em que durante o episódio actual de bulimia nervosa a pessoa usa outros comportamentos compensatórios inapropriados, tais como jejum ou exercício físico excessivo, mas não induz o vômito nem abusa de laxantes, diuréticos ou enemas.

A nível orgânico, as consequências dos comportamentos compensatórios, como o vômito ou o uso de laxantes, originam estados físicos graves, que podem pôr a vida em risco.

PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO

O DSM-IV-TR apresenta seis critérios de diagnóstico para a perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação. Trata-se de uma categoria para perturbações que não preenchem os critérios completos para uma perturbação do comportamento alimentar específica. Assim, incluem-se nesta categoria: para mulheres, todos os critérios da anorexia nervosa estão presentes, excepto a amenorreia; todos os critérios da anorexia nervosa estão presentes excepto que, apesar de uma perda de peso significativa, este encontra-se dentro dos valores normais; todos os critérios da bulimia nervosa estão presentes, excepto que os episódios de ingestão compulsiva e os mecanismos compensatórios inapropriados ocorrem com uma frequência menor que duas vezes por semana ou têm uma duração inferior a três meses; uso regular de comportamentos compensatórios inapropriados por uma pessoa de peso normal após a ingestão de pequenas quantidades de alimentos; mastigar e cuspir repetidamente, mas não engolir grandes quantidades de alimentos; perturbação de ingestão alimentar maciça: episódios recorrentes de ingestão alimentar maciça na ausência de comportamentos compensatórios inapropriados característicos da bulimia nervosa.

A existência de comorbilidade tem sido referida em alguns estudos (Braun, Sunday, & Halmi, 1994; Dias, 2007; Flores, 1995; Halmi, Eckert, Marchi, Sampugnaro, Apple, & Cohen, 1991; Pinho, 2000). Na anorexia nervosa, tem sido referida uma comorbilidade significativa com os distúrbios afectivos e de ansiedade (Halmi et al., 1991). São frequentes, em pacientes com perturbações alimentares, os diagnósticos de depressão, de

ansiedade, de dependência de substâncias e de perturbações de personalidade (Braun et al., 1994).

A reduzida capacidade das categorias diagnósticas, presentes na classificação tradicional, para diferenciar de forma adequada os casos de perturbação alimentar que são alvo de atenção clínica, levou recentemente à proposta de uma *abordagem transdiagnóstica destas perturbações* (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003). De facto, tem-se constatado que a maioria dos pacientes com perturbação alimentar apresenta uma *perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação*. Por outro lado, observa-se uma migração frequente dos sujeitos entre diferentes categorias diagnósticas, em particular, entre a anorexia nervosa e a bulimia nervosa (Fairburn & Harrison, 2003), mas não para outras perturbações psicopatológicas. Deste modo, Fairburn, Cooper e Shafran (2003) propõem a existência de mecanismos comuns às perturbações alimentares, que as distingue de outras perturbações psiquiátricas, nomeadamente, a avaliação, por parte destes pacientes, da sua auto-estima em função do peso ou da forma corporal e, ainda, a sua percepção acerca da sua capacidade para os controlar. Mecanismos como o perfeccionismo, a baixa auto-estima, a intolerância emocional e as dificuldades interpessoais são também referidos como contribuindo para a manutenção de todas as perturbações alimentares.

Segundo Steiner, Kwan, Shaffer, Walker, Miller, Sagar e Lock (2003), a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento poderá ajudar a melhorar a compreensão das perturbações alimentares. Estas perturbações constituem síndromes, nas quais a actividade alimentar normal deixou de ter o seu objectivo adaptativo original. Os clínicos e investigadores têm identificado *diferentes trajectórias de desenvolvimento para a anorexia nervosa e para a bulimia nervosa*, reconhecendo um papel fundamental dos estados motivacionais na génese destas perturbações.

A perspectiva de Crisp sobre a anorexia nervosa sugere que os sintomas de restrição alimentar representam tentativas primitivas de lidar com os conflitos da adolescência, através da regressão a um período desenvolvimental precoce (Crisp, 1997). A formulação psicodinâmica de Bruch (1973) em relação à anorexia nervosa, e desenvolvida por Guidano e Liotti (1983), descreve estas pacientes submersas em sentimentos de ineficácia e vazio, e na ausência de uma “personalidade nuclear”, incapazes de aceder aos seus sentimentos e crenças. Além disso, manifestam uma preocupação rígida com a alimentação, que lhes dá a ilusão de controlo e competência, e serve para as proteger da

ansiedade e dos medos que não podem controlar. A perturbação alimentar possui um valor adaptativo, na medida em que os sintomas restabelecem paradoxalmente um equilíbrio que fornece protecção e conforto, apesar do custo associado à disfunção individual.

Na bulimia, a utilização dos alimentos teria por função regular o afecto negativo em resposta à frustração e aos sentimentos de ineficácia (Johnson, 1991). Tal como na anorexia, o controlo do peso e da alimentação adquire um significado excessivo, conduzindo o indivíduo a fazer dieta para atingir objectivos irrealistas em relação à aparência pessoal. Ao fim de algum tempo, as tentativas de restrição alimentar originam episódios de ingestão alimentar compulsiva, desenvolvendo um padrão alimentar em que os períodos de restrição alimentar severa são alternados com episódios de ingestão alimentar compulsiva. Ambas as tentativas são ineficazes para lidar com os sentimentos pessoais de vazio, ineficácia e baixa auto-estima. O vómito ou a utilização de outros comportamentos compensatórios que a doente considera eficazes para perder peso estabelecem-se depois. Numa fase inicial, a doente procura manter algum secretismo sobre o seu problema, isolando-se e planeando com antecedência as ocasiões para ingerir alimentos em excesso ou para vomitar. Estes episódios são precipitados com frequência por estados emocionais negativos, como a ansiedade, o humor depressivo ou o aborrecimento, pela ingestão de álcool ou pela confrontação com alimentos proibidos (Gouveia, 2000). O ciclo de restrição alimentar e ingestão alimentar compulsiva/comportamento purgativo dá origem a um conjunto de acções contra-regulatórias de natureza biológica, que influenciam os estados mentais e a regulação do apetite, conduzindo com frequência a uma intensificação dos medos de ganhar peso, da distorção da imagem corporal, e a uma regulação deficiente da saciedade (Fitcher & Quadflieg, 1995).

A literatura reconhece diferentes constelações nas motivações e trajectórias das perturbações alimentares, mas muitos estudos abordam estas perturbações de forma indiferenciada. Nesta linha, tem-se assistido a um largo consenso entre investigadores e clínicos, de que *a etiologia das perturbações alimentares é multideterminada*. Estas perturbações parecem resultar de um conjunto entrelaçado e complexo de factores de risco biológicos, psicológicos e sociais, que se desenvolvem ao longo do tempo e em várias fases, e que interagem com as mudanças e influências desenvolvimentais, pressupondo a existência de vulnerabilidades individuais que se cristalizam, num determinado contexto psicossocial, em síndromes complexas de natureza psicossomática (Steiner et al., 2003). Neste sentido, há que atender à natureza interactiva dos vários factores de risco,

precipitantes, de manutenção e protectores, ao modo como se combinam para originar e manter a perturbação. A complexidade destas perturbações quanto à sua etiologia, definição clínica e tratamento, associada à sua elevada incidência e prevalência, exige modelos teóricos explicativos que integrem a complexidade e variabilidade dos factores envolvidos, bem como o seu contributo diferencial na génese e manutenção de uma perturbação alimentar, em interacção com os processos desenvolvimentais (Gouveia, 2000).

A causa destas perturbações é complexa e mal compreendida. Alguns estudos têm procurado investigar as suas causas (Polivy & Herman, 2002), aspectos de diagnóstico (Garner & Gerborg, 2004), os seus determinantes culturais e cognitivo-emocionais (Ruggiero & Sassaroli, 2003), e preditores (Alvarez, Franco, & Mancilla, 2000). Outros têm examinado os factores de manutenção (Pells, 2006), os antecedentes e consequências dos episódios de ingestão compulsiva (Kjelsas, Borsting, & Gudde, 2004). Uma investigação recente refere a existência de uma predisposição genética e de certos factores de risco ambientais específicos na origem das perturbações alimentares (Fairburn & Harrison, 2003). No entanto, embora discutido numa série de revisões compreensivas sobre a matéria (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, & Agras, 2004; Stice & Shaw, 2002; Striegel-Moore & Cachelin, 2001), *o conhecimento actual acerca dos factores causais e de risco das perturbações alimentares é ainda considerado incompleto e insatisfatório* (Steiner et al., 2003; Striegel-Moore & Bulik, 2007).

Stice (2002) realizou *uma meta-análise dos factores de risco e de manutenção das perturbações alimentares*, tendo verificado que a investigação empírica tem acentuado a importância de determinadas variáveis nestas perturbações. Assim, constatou que:

A massa corporal (elevada adiposidade) pode ser um factor de risco para uma maior percepção da pressão para a magreza, insatisfação corporal e dieta (Field, Camargo, Taylor, Berkey, Roberts, & Colditz, 2001; Stice & Whitenton, in press; Vogeltanz-Holm, Wonderlich, Lewis, Wilsnack, Harris, Wilsnack, Kristjanson, 2000), mas não constitui um factor de risco para o afecto negativo e para as perturbações alimentares nem um factor de manutenção destas perturbações, podendo ter sobretudo um papel na promoção dos factores de risco para a patologia alimentar (Stice, 2002).

A pressão sociocultural para a magreza consiste num factor de risco causal para a insatisfação corporal, dieta, afecto negativo e patologia alimentar (Stice, 2001; Stice & Bearman, 2001; Wertheim, Koerner, & Paxton, 2001), mas não constitui um factor de manutenção desta perturbação. Os seus efeitos adversos parecem ser mais pronunciados

para os indivíduos que já se encontram em risco. A percepção da pressão para a magreza deverá assim desempenhar um papel mais importante no desenvolvimento das perturbações alimentares do que na sua manutenção (Stice, 2002).

Não existe suporte empírico para que a *modelagem da imagem corporal* constitua um factor de risco para a insatisfação corporal ou para a dieta, mas constata-se uma evidência crescente de que a modelagem é um factor de risco para a bulimia nervosa (Stice, 1998; Stice, Presnell, & Spangler, 2002). Poucos estudos avaliaram esta variável, o que faz com que os resultados devam ser interpretados com precaução (Stice, 2002).

A *internalização do ideal de magreza* consiste num factor de risco causal para a insatisfação corporal, dieta, afecto negativo, bulimia nervosa (Stice, 2001; Stice & Agras, 1998), bem como um factor de manutenção na bulimia nervosa (Fairburn, Stice, Cooper, Doll, Norman, & O'Connor, et al., in press; Stice & Agras, 1998).

A *insatisfação corporal* constitui um factor de risco para a dieta, afecto negativo, patologia alimentar, e um factor de manutenção para a bulimia nervosa. Uma série de estudos refere a importância desta variável como preditora da dieta (Stice, 2001; Werthwein et al., 2001), do afecto negativo (Cole, Martin, Peeke, Seroczynski, & Hoffman, 1998; Rierdan, Koff, & Stubbs, 1989; Stice & Bearman, 2001; Stice, Hayward, Cameron, Killen, & Taylor, 2000), da patologia alimentar (Cooley & Toray, 2001; Killen, Taylor, Hayward, Haydel, Wilson, Hammer, et al., 1996; Leon, Fulkerson, Perry, Keel, & Klump, 1999; Stice, 2001; Stice & Agras, 1998; Werthwein et al., 2001; Wichstrom, 2000). Esta variável emergiu como o factor de risco e de manutenção mais consistente da patologia alimentar (Stice, 2002).

Em relação à *dieta*, os resultados dos estudos experimentais, que têm manipulado a privação calórica (Epstein, Paluch, Saelens, Ernst, & Wilfley, 2001; Lowe, Foster, Kerzhnerman, Swain, & Wadden, 2001; Yanovski & Sebring, 1994) não são compatíveis com os resultados dos estudos prospectivos, que sugerem que a dieta é um factor de risco para o afecto negativo e patologia bulímica (Killen et al., 1996; Leon et al., 1999; Stice, 2001; Stice & Agras, 1998) bem como um factor de manutenção desta patologia (Stice & Agras, 1998). Conclui-se que a dieta não constitui um factor de risco para as perturbações alimentares, embora possa atenuar a predisposição para uma alimentação compulsiva (Stice, 2002).

O *afecto negativo* constitui também um factor de risco para a patologia alimentar e um factor de risco causal para a insatisfação corporal e ingestão calórica, e ainda um factor de manutenção da ingestão alimentar compulsiva. É de realçar que os efeitos tendem a ser

mais poderosos para o afecto negativo globalmente do que para a ansiedade. O afecto negativo resulta num aumento de ingestão calórica se os sujeitos tiverem acesso aos alimentos durante a indução do humor negativo. Alguns estudos salientam a sua relevância no incremento da patologia alimentar (Wertheim et al., 2001; Witchstrom, 2000), em particular na bulimia nervosa (Cooley & Toray, 2001, Killen et al., 1996; Stice, 2001; Stice & Agras, 1998).

O *perfeccionismo* constitui um factor de risco para a patologia bulímica e um factor de manutenção para a patologia alimentar. Começa a surgir evidência de que o perfeccionismo pode interagir com outros factores de risco para predizer as perturbações alimentares (Stice, 2002). Este traço de personalidade promove a actividade no sentido de alcançar o ideal de magreza (Bruch, 1973), e está associado ao aparecimento (Killen et al., 1994) e manutenção da bulimia nervosa (Santonastaso, Friederici, & Favaro, 1999), desencadeando a dieta que perpetua o ciclo alimentação compulsiva-comportamento purgativo.

Os resultados oferecem pouco suporte empírico para que a *menarca precoce* possa constituir um factor de risco, em particular para a insatisfação corporal, dieta, afecto negativo e patologia alimentar (Stice & Whitenton, in press; Cooley & Toray, 2001; Smolak, Levine, & Gralen, 1993). No entanto, existe evidência de que os seus efeitos adversos na imagem corporal e nas perturbações alimentares podem ser ampliados quando surge na presença de outros *stressores* (Stice, 2002).

A *impulsividade* não parece predizer o aumento de sintomas bulímicos ou a patologia alimentar (Leon et al., 1999; Stice, 2001; Stice & Agras, 1998; Stice, Presnell, & Bearman, 2001). Contudo, dado que alguns resultados empíricos verificaram que o uso de substâncias teve um efeito no aumento da patologia alimentar (Stice & Agras, 1998; Stice et al., 2001), a impulsividade deverá ser um factor a considerar em novas investigações, tendo em vista uma maior compreensão destas relações (Stice, 2002).

Embora teoricamente considerado um factor de risco para a patologia alimentar (Connors, 2001), o *abuso sexual na infância* não emergiu no estudo de Stice (2002) como um preditor significativo da ingestão alimentar compulsiva, com base no único estudo prospectivo que avaliou esta variável (Vogeltanz-Holm et al., 2000). Por outro lado, tem havido também alguma especulação em torno do papel de variáveis como o *stress*, o *controlo*, os *sistemas familiares disfuncionais* e o *afecto parental* (Minuchin et al., 1978) no aparecimento da patologia alimentar, mas não houve evidência a partir dos estudos que

avaliaram estas questões (Attie & Brooks-Gunn, 1989; Ball & Lee, 2002; Graber, Brooks-Gunn, Paikoff, & Warren, 1994; Vogeltanz-Holm et al., 2000).

Em síntese, Stice (2002) concluiu que vários factores de risco aceites não obtiveram suporte empírico (ex. abuso sexual) ou o suporte foi contraditório (ex. dieta). Houve suporte consistente para factores de risco menos aceites (ex. internalização do padrão de magreza) bem como evidência para variáveis que potenciam os efeitos dos factores de risco (ex. suporte social) e para factores preditores da manutenção da patologia alimentar (ex. afecto negativo). Concluiu ainda que o valor preditivo dos factores de risco individual e de manutenção foi limitado, tendo sugerido que é importante procurar factores adicionais de risco e de manutenção, desenvolver modelos multivariados mais compreensivos e identificar as limitações metodológicas que atenuam os efeitos esperados.

Posteriormente, Fairburn e Harrison (2003) sistematizaram um conjunto de *factores de risco* gerais para as perturbações alimentares, nomeadamente, ser do sexo feminino, ser adolescente ou jovem adulto e viver numa sociedade ocidental; e, também, um conjunto de factores específicos de risco individual, como a história familiar (ex. perturbações diversas noutros membros da família, alimentares e outras), experiências pré-mórbidas (ex. dificuldades relacionais com os pais ao longo do desenvolvimento, abuso sexual na infância) e características pré-mórbidas (ex. baixa auto-estima, perfeccionismo e a ansiedade, entre outras). Estes diferentes factores diferem quanto à sua natureza e especificidade. Uns constituem experiências pré-mórbidas adversas associadas a diversas perturbações psiquiátricas, como é o caso do abuso sexual na infância. Outros parecem predispor especialmente para a bulimia nervosa, como é o caso da obesidade parental e da criança, a menarca precoce, o alcoolismo parental, alguns destes factores poderão sensibilizar o indivíduo para a forma do seu corpo, encorajando por exemplo uma dieta. Outros factores de risco constituem traços de carácter, sendo os mais proeminentes a baixa auto-estima e o perfeccionismo, este último consistindo num antecedente particularmente comum da anorexia nervosa.

Halmi (2005) identificou também, a partir de estudos correlacionais e comparativos, um conjunto de *factores de risco para a anorexia nervosa*, em particular, factores familiares (ex. membros da família com perturbações alimentares, depressão ou abuso/dependência de álcool ou drogas), biológicos (ex. menarca precoce e excesso ligeiro de peso), psicológicos (ex. perfeccionismo – personalidade obsessiva e sentido de ineficácia, falta de confiança e baixa auto-estima, distúrbios afectivos, depressão), comportamentos individuais (ex. dieta, envolvimento em profissões ou actividades que

ênfatem o controlo de peso), culturais (ex. viver num país industrializado, ênfase na magreza como beleza, aumento significativo de peso na população dos Estados Unidos nas últimas décadas) e acontecimentos de vida adversos (ex. perda de figura significativa, abuso sexual).

Para além da identificação dos diferentes factores de risco, é importante uma análise compreensiva sobre *o modo como estes factores interagem com diferentes aspectos do processo desenvolvimental*, o que poderá ajudar a esclarecer melhor a sua contribuição relativa, em diferentes fases. Alguns estudos têm procurado analisar na infância os preditores que poderão estar associados ao desenvolvimento de perturbações alimentares.

Stice, Agras e Hammer (1999) procuraram examinar a idade de emergência das perturbações alimentares durante a infância, seguindo uma amostra de duzentas e dezasseis crianças e os seus pais ao longo dos primeiros cinco anos de vida da criança. Constataram que o risco de aparecimento de uma alimentação restritiva, de uma alimentação compulsiva e impulsiva, e do comportamento purgativo através do vômito aumentou nos primeiros cinco anos de vida da criança, tendo o seu *comportamento alimentar e a massa corporal durante o primeiro mês de vida, e determinadas características dos pais como a insatisfação corporal materna, a internalização do ideal de magreza, a restrição alimentar, os sintomas bulímicos e o índice de massa corporal materno e paterno* constituído preditores do aparecimento de perturbações alimentares durante a infância.

Micali (2005) num estudo de revisão sobre os precursores na infância das perturbações alimentares sugere que *as dificuldades de amamentação e o peso na infância* deverão fazer parte de um marcador desenvolvimental das perturbações alimentares, mas que *a psicopatologia e as adversidades na infância* constituem também factores de risco, embora não-específicos destas perturbações. Alguns estudos têm referido que os indivíduos com perturbações alimentares relatam com maior frequência *histórias de maus-tratos* durante a infância (De Groot & Rodin, 1999; Fairburn, Doll, Welch, Hay, Davies, & O'Connor, 1997) ou *outras adversidades* crónicas ou episódicas (Schmidt, Humfress & Treasure, 1997; Welch, Doll, & Fairburn, 1997).

Johnson, Cohen, Kasen e Brook (2002), num estudo longitudinal, investigaram também o papel das adversidades na infância como preditores de perturbações alimentares, tendo verificado que *o abuso sexual, a negligência física e o comportamento parental inadequado* constituem factores de risco significativos para as perturbações alimentares. Wonderlich, Crosby, Mitchell, Thompson, Redlin, Demuth, Smyth e Haseltine (2001) demonstraram também que *o abuso sexual na infância* está fortemente associado ao

comportamento alimentar compulsivo e a múltiplas formas de comportamento auto-destrutivo impulsivo no sexo feminino e na idade adulta.

Fairburn, Welch, Doll, Davies e O'Connor (1997) verificaram também que a *exposição a perturbações psiquiátricas dos pais*, nomeadamente, depressão, alcoolismo e abuso de drogas, está associada a um comportamento bulímico. Agravas, Hammer e McNicholas (1999) procuraram avaliar nas filhas o efeito de mães com perturbações alimentares, tendo constatado que *mães com perturbações alimentares* demonstravam *maior preocupação em relação aos hábitos alimentares e ao peso das crianças* e que, aos cinco anos, estas crianças apresentavam um *afecto negativo* superior às crianças com mães sem esta patologia, o que poderá situar aquelas crianças perante um maior risco de desenvolver uma perturbação alimentar após a infância.

No período escolar, *a recusa alimentar, o comportamento ritualista durante as refeições e o comportamento fóbico* foram variáveis descritas em crianças com perturbações alimentares (Childress, Brewerton, Hodges, & Jarrell, 1993). No que se refere às rotinas alimentares, Marchi e Cohen (1990) referiram que as refeições que na infância são caracterizadas por conflito indicam *perturbação na auto-regulação da alimentação*, constituindo um preditor do aparecimento futuro da bulimia.

Ao longo da infância, há a salientar ainda que nos processos de socialização relacionados com os papéis sociais ligados ao género, os rapazes e as raparigas recebem na escola e na televisão, mas também na família, mensagens diferentes acerca do corpo, da aparência física e da beleza, aprendendo a ter diferentes atitudes em relação ao corpo. Os rapazes tendem a encarar o corpo numa perspectiva funcional e activa e as raparigas numa *perspectiva estética* (Wilfley & Rodin, 1995).

Com o aparecimento da puberdade, as alterações biológicas confrontam as raparigas com mudanças na sua aparência física que as afasta do padrão sociocultural de beleza ideal, que prescreve um corpo excessivamente magro e sem massa gorda. As raparigas são influenciadas pelos pais e pelos pares, desenvolvendo ao nível das relações interpessoais, uma consciência pessoal crescente. O grau de valorização da magreza e a sua importância relativa dependerá de outros aspectos da sua personalidade, sendo de esperar que, quanto maiores forem as incertezas acerca de si, a necessidade de aprovação pelos outros, a aceitação do ideal sociocultural de beleza e a discrepância entre o corpo real e o corpo ideal, mais a jovem procurará alcançar um ideal de magreza através de dietas (Gouveia, 2000).

Attie e Brooks-Gunn (1989) num estudo longitudinal, integrando adolescentes e respectivas mães, procuraram examinar o aparecimento de perturbações alimentares em adolescentes do sexo feminino em função de aspectos relativos à puberdade, da imagem corporal, do desenvolvimento da personalidade e das relações familiares. Constataram que as adolescentes que na puberdade sentem mais insatisfação corporal estarão em maior risco de desenvolver dificuldades alimentares futuras. No primeiro momento, os problemas alimentares estiveram associados ao *índice de massa gorda, a uma imagem corporal negativa, e à psicopatologia*, mas não às relações familiares. No segundo momento, dois anos depois, *a imagem corporal adolescente e a psicopatologia* bem como *características maternas, como a imagem corporal e a depressão*, constituíram preditores da patologia alimentar.

Ohring, Graber e Brooks-Gunn (2002) procuraram examinar a insatisfação corporal na adolescência, no sentido de determinar se as adolescentes iniciam trajetórias de insatisfação corporal associadas a sintomas alimentares e depressivos na adolescência e no início do estado adulto. Ao longo de oito anos, foram avaliados cento e vinte estudantes em três períodos. Estes investigadores verificaram que a insatisfação corporal durante a adolescência esteve associada ao *desenvolvimento pubertário precoce* e a *sintomas alimentares e depressivos* no início do estado adulto. Estes resultados sugerem que a insatisfação corporal adolescente parece ter consequências também em relação ao afecto no estado adulto.

Beato-Fernández, Rodríguez-Cano, Belmonte-Llario e Martínez-Delgado (2004) procuraram identificar numa comunidade espanhola as variáveis familiares, sociais e psicopatológicas, que avaliadas aos 13 anos, pudessem predizer o desenvolvimento de perturbações alimentares dois anos depois. Estes investigadores verificaram que a *insatisfação corporal patológica* e uma *percepção negativa das atitudes parentais* constituíram variáveis preditoras das perturbações alimentares. A *auto-estima* constituiu um factor protector em relação à insatisfação corporal.

A *insatisfação corporal* constitui um factor de risco significativo para as perturbações alimentares (Stice, Presnell, & Spangler, 2002), no entanto, poucos estudos têm investigado os preditores da insatisfação corporal. Num estudo prospectivo realizado junto de adolescentes de ambos os sexos, Presnell, Bearman e Stice (2004) verificaram que o elevado índice de massa corporal esteve associado a uma maior insatisfação corporal nas raparigas e o afecto negativo a uma maior insatisfação corporal nos rapazes. O suporte parental, a internalização do ideal de magreza, a percepção da pressão para ser magro por

parte dos *media*, da família e dos pares amorosos não permitiram prever a insatisfação corporal. O género constituiu uma variável moderadora do efeito da massa corporal na insatisfação corporal. Assim, os rapazes mostraram-se mais insatisfeitos com o seu corpo quando este se situou abaixo ou acima do peso médio e mais satisfeitos quando o seu peso se situou na média. Pelo contrário, as raparigas mostraram uma relação linear positiva, em que a sua insatisfação foi maior quanto maior o seu peso. O *afecto negativo* emergiu neste estudo como um preditor significativo da insatisfação corporal.

Toro, Gomez-Peresmitré, Sentis, Vallés, Casulà, Castro, Pineda, Leon, Platas e Rodriguez (2006) compararam a prevalência de perturbações alimentares, os factores de risco socioculturais e as características da imagem corporal em duas amostras do sexo feminino, uma espanhola e outra mexicana, com idades entre os 11 e os 18 anos, provenientes de meios socio-económicos similares. Estes investigadores constataram que as raparigas espanholas revelaram mais insatisfação com o seu corpo do que as mexicanas, mas estas faziam mais dieta e actividade física devido à maior pressão dos pais e amigos para perder peso. Em geral, a maioria dos sujeitos gostaria de perder peso, mas os seus esforços nesse sentido revelou diferentes concepções acerca da imagem corporal ideal. Embora em ambos os grupos mais de metade das raparigas gostasse de aumentar o tamanho dos seios, significativamente mais mexicanas desejavam ter braços finos e ombros estreitos e mais espanholas gostariam de ter traseiros, nádegas e pernas finas, partes do corpo que as mexicanas gostariam de ver aumentadas. Apesar dos comportamentos de risco e dos modelos corporais ideais serem diferentes nas duas amostras, indicando *diferenças socioculturais* significativas, a *prevalência de perturbações alimentares foi semelhante nas duas amostras*, similar à encontrada na sociedade ocidental.

Davis, Shuster, Blackmore e Fox (2004) verificaram numa amostra não-clínica que *as preocupações familiares com a aparência social e a imagem física* constituem um factor de risco de perturbações alimentares em mulheres jovens, quando combinados com uma elevada predisposição para a *ansiedade*. Em certos estudos, *as mães de adolescentes com perturbações alimentares* revelaram-se mais críticas em relação à aparência das filhas do que as mães de adolescentes sem perturbação (Hil & Franklin, 1998), e mostraram mais preocupação com o peso e a forma corporal das filhas (Woodside, Bulik, Halmi, Fichter, Kaplan, Berrettini, Strober, Treasure, Lilenfeld, Klump, & Kaye, 2002). Num outro estudo, o preditor mais forte da sintomatologia bulímica foram os comentários dos membros da família acerca da aparência física e da necessidade de realizar uma dieta (Crowther,

Kichler, Sherwood, & Kuhnert, 2002). Certas atitudes e valores familiares parecem aumentar o risco de ocorrência de perturbações alimentares sobretudo quando combinados com os efeitos da *vulnerabilidade biológica ou psicológica* (Steiger, Stotland, Trottier, & Ghadirian, 1996). Uma elevada predisposição para a ansiedade constitui uma característica de personalidade dos pacientes com perturbações alimentares (Davis & Claridge, 1998; Diaz-Marsa, Carrasco, & Saiz, 2000) embora constitua um traço não-específico destas perturbações (Claridge & Davis, 2001).

A relação entre características de personalidade e perturbações alimentares tem sido referida na literatura. Contudo, trata-se de uma relação complexa e difícil de estabelecer, já que esta associação pode reflectir traços de personalidade existentes antes do desenvolvimento da perturbação, que funcionaram como factores predisponentes ou que são também a consequência das alterações psicológicas induzidas pela perturbação alimentar. Estas características de personalidade têm sido estudadas através de estudos retrospectivos dos traços de personalidade pré-mórbidos e traços existentes após a remissão do distúrbio alimentar e de estudos que investigaram a existência de distúrbios de personalidade durante a fase activa da perturbação alimentar. Os resultados sugerem uma maior consistência daquela associação no grupo das doentes com anorexia nervosa, apresentando um perfil de uma jovem com traços obsessivos, perfeccionista, tímida, concordante, dependente e tradicionalista, anterior à perturbação alimentar mas agravado por esta (Vitousek & Manke, 1994; Wonderlich, Lilenfeld, Riso, Engel, & Mitchell, 2005).

Bollen e Wojciechowski (2004) procuraram examinar em mulheres jovens a relação entre factores de personalidade e a anorexia nervosa, e os seus sub-tipos. As pacientes com *anorexia do sub-tipo restritivo* apresentaram, quando comparadas com pacientes do sub-tipo ingestão compulsiva/purgativo, resultados significativamente mais elevados no *factor de personalidade - consciencialização*, correspondendo a indivíduos organizados, confiáveis, trabalhadores, auto-dirigidos, pontuais, escrupulosos, ambiciosos e preserverantes, e no *factor agradabilidade*, incluindo indivíduos calmos, verdadeiros, apoiantes, bondosos e altruístas. Os níveis de *inadaptação emocional e instabilidade crónica*, avaliados através de uma escala de ansiedade, foram mais elevados em ambos os grupos clínicos em relação ao grupo de controlo.

Relatos clínicos têm apresentado também relações entre o *perfeccionismo* e as perturbações alimentares (Lilenfeld, Stein, Bulik, Strober, Plotnicov, Pollice, Rao, Merikangas, Nagy, & Kaye, 2000) e o perfeccionismo tem sido considerado como um

factor de manutenção da anorexia nervosa e da bulimia nervosa (Fairburn, Cooper & Safran, 2003; Stice, 2002).

Forbush, Heatherton e Keel (2007), a partir da escala do perfeccionismo do *EDI*, constataram que mulheres com histórias de restrição alimentar, comportamento alimentar excessivo, vômito auto-induzido, abuso de diuréticos ou laxativos apresentam *níveis significativamente mais elevados de perfeccionismo*. Estes autores salientam também a necessidade de futuras investigações avaliarem diferentes classes de comportamento alimentar perturbado, utilizando diferentes dimensões do perfeccionismo.

Outros estudos empíricos não têm encontrado níveis mais elevados de perfeccionismo nas perturbações alimentares do que em indivíduos sem esta patologia (Alvarez, Franco, Mancilla, & Vásquez, 2003; Escarria & Haro, 2000; Mancilla, Franco, Alvarez, & Vásquez, 2003; Mateo, 2002; Vásquez, López, Alvarez, Ocampo, & Mancilla, 2000). O perfeccionismo tem sido avaliado através de uma sub-escala do *EDI*, que poderá não discriminar diferentes tipos de perfeccionismo - tipo não-patológico e o tipo neurótico, ou diferentes dimensões do perfeccionismo - orientado para o *self*, orientado para os outros ou prescrito socialmente (Franco, Mancilla, Vásquez, López, & Alvarez, 2005).

Johnson, Cohen, Kasen e Brook (2006) constataram que, no início do estado adulto, a *manifestação de sintomas de perturbação da personalidade* constituem factores de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares e de peso no período médio da idade adulta. Os sintomas histriónicos e dissociativos estiveram associados ao comportamento alimentar compulsivo recorrente e purgativo, os sintomas esquizóides e anti-sociais foram associados ao comportamento alimentar compulsivo recorrente e à obesidade e, por último, os sintomas depressivos, ao comportamento alimentar compulsivo recorrente e à restrição alimentar.

Também *variáveis de natureza biológica* parecem constituir factores de risco que interagem com factores ambientais no aparecimento das perturbações alimentares. Bulik, Reba, Siega-Riz e Reichborn-Kjennerud (2005) chamam a atenção para um modelo que ao integrar uma série de resultados da investigação sugere *um ciclo de risco no desenvolvimento da anorexia nervosa*. Por um lado, uma figura materna com anorexia nervosa pode ter um baixo peso anterior à gravidez, uma nutrição inadequada durante a gravidez e estar em risco de resultados adversos ao longo desta. Embora a *nutrição inadequada* durante a gravidez constitua um factor ambiental, influenciando o risco de anorexia nervosa na criança, é um factor fortemente influenciado pelo *genotipo materno*. Por outro lado, a *prematuridade* da criança e, em especial, o seu *tamanho reduzido em*

função da idade gestacional, influenciam o risco de uma anorexia nervosa posterior. Embora pareçam constituir factores ambientais, a prematuridade e o tamanho reduzido podem ser influenciados pelos *genotipos materno e da criança*. É provável que a perpetuação do risco esteja pelo menos parcialmente dependente de factores ambientais. *Quando o risco subjacente, determinado em parte geneticamente, se associa a factores ambientais, tais como o foco na aparência e na magreza ou na tensão durante as refeições, o ciclo de risco terá tendência a perpetuar-se.*

O estudo da neurobiologia das perturbações alimentares tem também revelado diferenças no sistema neuro-hormonal de pacientes jovens e adultos na fase activa da doença (Ferguson & Piggott, 2000). Estudos na área da genética têm investigado o *sistema da serotonina e os genes responsáveis pela regulação do peso corporal*, explorando as disfunções ao nível dos *neurotransmissores* mediados pela serotonina (Steiger, Gauvin, Isreal, Koerner, Kin, Paris, & Young, 2001).

Para além dos estudos referidos, cujo foco são os factores de risco em diferentes períodos desenvolvimentais, outros estudos, embora mais escassos, têm procurado identificar também os factores protectores relativos a estas perturbações alimentares.

Tester e Gleaves (2005) constataram que níveis elevados de *dissimulação pessoal* constituem um factor protector em relação à internalização das pressões socioculturais, ao contrário de níveis elevados de preocupação familiar com o peso e a aparência, que poderão ter o efeito oposto, ou seja, tornar as mulheres mais vulneráveis à internalização de tais pressões.

McVey, Pepler, Davis, Flett e Abdoell (2002) realizaram um estudo com trezentos e sessenta e três adolescentes do 7º e 8º ano, com vista a avaliar os factores de risco e os factores protectores em relação às perturbações alimentares. Constataram que a reduzida competência ao nível da aparência física, a elevada importância atribuída à aceitação social, o perfeccionismo orientado para si próprio e um suporte parental reduzido apresentaram correlações significativas com elevados níveis de perturbação alimentar. O impacto da reduzida competência na aparência física foi atenuado nas adolescentes que atribuíram uma importância reduzida à aparência física. O *suporte parental* constituiu um factor protector nas adolescentes com perturbação alimentar, em particular, nas que experienciaram mais acontecimentos negativos na escola.

Smolak, Murnen e Ruble (2000) verificaram que *a prática de actividades desportivas* parece constituir um factor protector relativamente ao desenvolvimento de perturbações alimentares. Estes atletas não só manifestam menos perturbações alimentares como

também tendem a possuir uma *aparência mais positiva*, que pode constituir um factor protector (Fulkerson, Keel, Leon, & Dorr, 1999; Steiner, McQuivey, Pavelski, Pitts, & Kraemer, 2000). Estes resultados deverão, no entanto, ser contrastados com estudos que mostram que os atletas de elite, especialmente os que competem em desportos que enfatizam a magreza, estão em risco de desenvolver uma perturbação alimentar. Em particular, as raparigas que participam em desportos orientados para a aparência pessoal podem desenvolver uma maior consciência do peso e da forma corporal (Davidson, Earnest, & Birch, 2002). São necessários estudos que permitam distinguir se a participação desportiva actua como um factor precipitante ou como um factor protector em relação às perturbações alimentares.

Embora existam esforços significativos para abordar as perturbações alimentares a partir de uma perspectiva desenvolvimental, nenhum modelo dominante tem emergido devido à escassez de resultados longitudinais. São necessários estudos que permitam definir os modelos de risco mais adequados a estas perturbações, se modelos de risco cumulativo, se modelos que acentuem o papel de factores de risco específicos ou modelos de ciclo de risco. Embora, actualmente, muitos especialistas defendam um modelo multidimensional para as perturbações alimentares, não existem resultados empíricos consistentes que apoiem este modelo de modo satisfatório. A identificação dos factores causais e o estudo integrado dos mecanismos de risco e protectores das perturbações alimentares poderá constituir uma fonte de informação relevante para actualizar o sistema de classificação existente em relação a estas perturbações, orientar o tratamento e facilitar o reconhecimento de grupos de risco, permitindo delinear intervenções dirigidas, definir programas de prevenção e orientar as políticas públicas.

2. ESTUDOS EMPÍRICOS NO ÂMBITO DAS PERTURBAÇÕES ALIMENTARES E DA VINCULAÇÃO

Um crescente conjunto de estudos tem vindo a procurar examinar empiricamente as perturbações alimentares, à luz dos construtos da teoria da vinculação. Duas revisões da literatura, realizadas no fim dos anos 90 do século XX, reuniram a maioria dos estudos realizados neste âmbito (O’Kearney, 1996; Ward, Ramsey, & Treasure, 2000). No período

decorrido entre estas duas revisões, verificou-se um aumento significativo na investigação sobre esta temática, tendo havido mais publicações nesses quatro anos do que anteriormente. O estudo de Ward et al. (2000) revela, na maioria dos estudos revistos, dificuldades ao nível dos processos de vinculação nas populações com perturbações alimentares, sendo mais frequente uma representação insegura da vinculação, o que é consistente com a literatura clínica sobre o impacto das relações familiares precoces nestas perturbações (Bruch, 1973). Para além disso, esta revisão mostra que não é clara a associação entre padrões específicos de vinculação e sub-tipos específicos de perturbações alimentares, embora os autores salientem os resultados de Candelori e Ciocca (1998), que apresentam uma associação entre a organização desligada e a anorexia nervosa, e a organização preocupada e a bulimia nervosa. Esta revisão revela, ainda, um conjunto de limitações dos estudos avaliados, ao nível da terminologia utilizada, com a utilização de expressões diferentes para construtos semelhantes ou o contrário, e ainda ao nível da metodologia de investigação, onde se notam diferenças na composição das amostras, incluindo as faixas etárias avaliadas, os métodos de diagnóstico destas perturbações, o tipo de medidas usadas e dificuldades no controlo da desejabilidade social (Ward et al., 2000).

Com vista à avaliação da relação entre a vinculação e as perturbações alimentares, efectuou-se uma pesquisa dos estudos realizados após a revisão de Ward et al. (2000), constatando-se que dezassete recorreram a amostras da população não-clínica, fundamentalmente estudantes universitários, e dez tiveram por base pacientes com perturbação alimentar (Soares, Dias, Machado, & Klein, no prelo).

A maioria dos estudos realizados com amostras da população não-clínica encontrou uma associação entre a *insegurança da vinculação*, medida através de instrumentos de auto-relato sobre a percepção da vinculação com os pais e com os pares e do par romântico – e a *sintomatologia de perturbações alimentares*. Foi encontrada uma associação entre a insegurança da vinculação, *associada a outras dimensões* tais como sobreprotecção materna e paterna, percepção de desconfiança e abuso na relação com o pai, e a presença de comportamentos bulímicos (Allen, 2001; Bowman, 2000; Evans & Wertheim, 2005; Goldberg, 2002; Meyer & Gillins, 2004; Suldo & Sandberg, 2000), maior sintomatologia geral de perturbação alimentar (Campion, 2001; Gelven, 2003; Gutzwiller, Oliver, & Katz, 2003; Melcher, 2004; Okine, 2000; Pakier, 2003; Turner, Rose, & Cooper, 2005), maior insatisfação com a imagem corporal ou com o peso (Goldberg, 2002; Lein, 2000; Schmitz-Sciborski, 2001) e impulso para emagrecer (Goldberg, 2002; Suldo & Sandberg, 2000).

Em apenas dois dos estudos revistos não se encontraram relações significativas entre as variáveis da vinculação e a sintomatologia alimentar (Deluca, 2000; Sive-Ramirez, 2001).

Os estudos com amostras da população clínica, incluindo amostras de sujeitos com bulimia nervosa, anorexia nervosa ou diagnóstico geral de perturbação alimentar, sem discriminação de categorias diagnósticas, e grupos de comparação provenientes da população geral e da população clínica com outro tipo de perturbação psicopatológica, exploraram as diferenças entre grupos e variáveis relacionadas com a vinculação, maioritariamente com o mesmo tipo de instrumentos de auto-relato referidos nos estudos com sujeitos da população não-clínica. Observaram-se diferenças entre grupos no que se refere à vinculação, sendo encontrados *níveis mais elevados de insegurança nos grupos clínicos* (Broberg, Hjalmer, & Nevenon, 2001, Evans, 2003; Hochdorf, Latzer, Canetti, & Bachar, 2005; Lehoux, 2001; Leung, Thomas, & Waller, 2000; Noe, 2001; Orzolek-Kronner, 2002; Troisi, Massaroni & Cuzzolaro, 2005). Alguns estudos procuraram examinar as diferenças entre as várias categorias diagnósticas de perturbações alimentares. Assim, um dos estudos salientou uma associação específica entre a percepção de níveis reduzidos de cuidados parentais e a presença de crenças nucleares negativas em sujeitos com anorexia nervosa, quando comparados com sujeitos com bulimia nervosa (Leung, Thomas, & Waller, 2000). Um outro estudo revelou uma maior percentagem de indivíduos com *padrão de vinculação amedrontado e preocupado* em sujeitos com bulimia nervosa, e de mais *desligados* entre os sujeitos com anorexia nervosa (Noe, 2001).

Numa investigação desenvolvida por Ward, Ramsay, Turnbull, Steele, Steele, & Treasure (2001), tendo em vista examinar a transgeracionalidade da vinculação na anorexia nervosa, com a AAI, verificou-se que a maioria das mães de pacientes com anorexia nervosa possuíam *vinculações inseguras*, existindo também entre as pacientes e suas mães situações frequentes de luto não resolvido ou trauma, especialmente elevado entre as mães. Foi também observada uma *sobre-representação do estilo de vinculação evitante entre as anorécticas e suas mães*.

Num outro estudo realizado por Pierrehumbert, Bader, Miljkovitch, Mazet, Amar e Halfon (2002), procurou-se avaliar as estratégias de regulação emocional em pacientes adolescentes e jovens adultos com dependência de substâncias e com perturbações alimentares. Para o efeito utilizaram um questionário de auto-relato da vinculação (CaMir) para a avaliação do nível semântico das estratégias de controlo nas relações passadas e presentes. Estes investigadores constataram que os *pacientes com perturbações alimentares apresentavam uma maior hiperactivação no sistema de vinculação* e que os

pacientes dependentes apresentavam mais desactivação, tendo em comum *estratégias reduzidas de regulação emocional* e diferindo no modo como processavam a emoção ou a informação relacionada com as relações interpessoais.

Os estudos, quer com amostras clínicas quer com amostras não-clínicas, exploraram a influência de outras variáveis na relação entre a vinculação e as perturbações alimentares. Assim, variáveis individuais como a avaliação negativa do *self*, o *stress* (Campion, 2001), os estilos de *coping* (Gelven, 2003), a depressão (Gutzwiller, Oliver, & Katz, 2003), as crenças desajustadas (Leung, Thomas, & Waller, 2000; Meyer & Gillings, 2004), a culpabilidade (Orzolek-Kronner, 2002), os esquemas de culpa e dependência (Turner, Rose, & Cooper, 2005), a relação com a morte (Hochdorf, Latzer, Canetti, & Bachar, 2005), os sintomas de ansiedade de separação na infância (Troisi et al., 2005) e variáveis sociais como o ideal de beleza, ou padrões sociais de aparência (Campion, 2001; Goldberg, 2002; Schmitz-Sciborski, 2001), ou a pressão para a dieta (Gelven, 2003) foram associadas, em vários destes estudos, à relação entre a vinculação e a patologia alimentar.

De uma forma geral, estes estudos recentes, ao procurarem examinar as relações entre a sintomatologia de perturbação alimentar e a vinculação, dão continuidade aos estudos anteriores que, de um modo consistente, tinham já encontrado relações significativas entre a insegurança da vinculação e esta forma de psicopatologia. No entanto, não são acrescentadas contribuições importantes para o estudo do desenvolvimento das diferentes perturbações do comportamento alimentar e para a sua intervenção. Estes estudos utilizaram sobretudo medidas de auto-relato para avaliar variáveis da vinculação, sendo que a maioria examinou a percepção da vinculação em relações íntimas actuais e não a representação da vinculação.

Em Portugal a temática da vinculação e perturbações alimentares tem sido alvo de vários estudos que passaremos a analisar.

Com base na teoria de Bowlby e na avaliação da vinculação através da *Adult Attachment Interview* (George, Kaplan, & Main, 1985), a primeira investigação realizada examinou a organização da vinculação num grupo de quarenta e três pacientes diagnosticadas com perturbações do comportamento alimentar (Pinho, 2000). Este grupo era constituído sobretudo por estudantes, em que vinte e uma foram diagnosticadas com anorexia nervosa, dezasseis com bulimia e seis com perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação. O primeiro diagnóstico da perturbação ocorreu, para a maioria dos sujeitos, entre os doze e os vinte anos. Este estudo deu particular importância ao grau de psicopatologia geral e alimentar das pacientes, a variáveis sociodemográficas e

familiares, e a variáveis da vinculação analisadas por intermédio do *Q-Sort* de Kobak (1993). Ao nível dos resultados, não encontrou diferenças nos padrões de vinculação em função dos sub-grupos clínicos das perturbações alimentares. Contudo, verificou *relações significativas ao nível da representação da vinculação (segura e insegura) e dos mega-itens obtidos a partir da AAI (Kobak, 1993) e a psicopatologia geral (avaliada através do SCL-90R) e alimentar (avaliada através do EDI)*. Assim, embora ao nível da representação da vinculação não fossem observadas diferenças no que respeita a valores totais, ou seja, ao Índice geral de sintomas do *SCL-90R* e ao *EDI* total, constatarem-se diferenças significativas na sub-escala Ansiedade fóbica do *SCL-90R* e na sub-escala Medos de maturidade do *EDI*, com os sujeitos inseguros a revelarem em ambas as sub-escalas valores mais elevados. Ao nível dos mega-itens, observaram-se associações negativas significativas entre os mega-itens Mãe base segura e Mãe disponível e os resultados (totais e por sub-escala) da psicopatologia geral e alimentar. O mega-item Ruptura familiar associou-se positivamente de modo significativo com a maioria dos resultados ao nível da psicopatologia geral, com excepção para o Número de sintomas positivos e para as sub-escalas Sensibilidade interpessoal, Hostilidade e Psicoticismo do *SCL-90R*, e em relação à psicopatologia alimentar, para o *EDI* total e para as sub-escalas Impulso para emagrecer e Ineficácia. O mega-item Coerência apresentou uma correlação positiva significativa com a sub-escala Ansiedade do *SCL-90R* e com as sub-escalas Impulso para emagrecer, Bulimia, Consciência interoceptiva e com a sub-escala Medos de maturidade do *EDI*. Observou-se também uma correlação positiva significativa entre o mega-item Desligado e a sub-escala Desconfiança interpessoal do *EDI*. Em relação aos mega-itens criados por Pinho, o Emaranhamento familiar e Mãe rigorosa apresentaram correlações positivas significativas com a maioria dos resultados relativos à psicopatologia geral e alimentar, com excepção para a sub-escala Medos de maturidade que não se associou significativamente a estes mega-itens. O mega-item Rejeição parental não obteve correlações significativas com a psicopatologia geral e alimentar. Observaram-se ainda correlações positivas muito significativas entre quase todos os resultados (totais e por sub-escalas) da psicopatologia geral e alimentar. Por último, as pacientes com bulimia nervosa obtiveram valores mais elevados no Índice geral de sintomas, e nas sub-escalas Obsessões-compulsões, Ansiedade e Ideacção paranóide do *SCL-90R* e na sub-escala Bulimia do *EDI*. As pacientes com perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação obtiveram resultados mais elevados no *EDI* total e nas sub-escalas Impulso para emagrecer, Desconfiança interpessoal e Insatisfação corporal. As pacientes com anorexia nervosa, pelo contrário,

obtiveram os valores mais reduzidos em praticamente todos os resultados da psicopatologia geral e alimentar (Pinho, 2000; Soares, Pinho, Martins, & Machado, 2000).

Com base na mesma amostra do estudo anterior, mas apenas com pacientes diagnosticados com anorexia nervosa e bulimia nervosa (N=37), Vilarinho (2003) procurou examinar as configurações emocionais presentes nas organizações de vinculação na AAI, através do método de avaliação de episódios emocionais de Korman. Foram avaliadas a frequência de episódios emocionais, as categorias emocionais relativas a esses episódios, a especificidade dos episódios, a sua orientação ao nível da referência ao self ou a outros e, ainda, as tendências para a acção associadas às reacções emocionais relatadas. Os resultados obtidos apontaram para a inexistência de diferenças significativas entre a representação da vinculação segura e insegura, no que respeita à frequência de episódios emocionais, à sua orientação e às categorias emocionais desses episódios. Observaram-se diferenças significativas em relação à especificidade dos episódios, com as pacientes seguras a apresentarem uma proporção mais elevada de episódios específicos e uma proporção mais reduzida de episódios não-específicos em relação às inseguras. Tendo em conta os padrões de vinculação, *as pacientes com um padrão preocupado relataram mais episódios emocionais, com proporções mais elevadas nas categorias raiva, misto e não classificável, e as pacientes com uma organização insegura-desligada evidenciaram mais episódios emocionais da categoria medo*. Por outro lado, *ambos os grupos inseguros apresentavam mais tendências para a acção do tipo “mover-se contra” e “rejeitar”*. Em contraste com estes grupos, *as pacientes seguras revelavam mais episódios emocionais balanceados em termos de referência ao self e aos outros e, também, mais balanceados em termos de emoções positivas e negativas e, ainda, mais tendências para a acção do tipo “aproximar-se”*.

Com base nas categorias diagnósticas das pacientes, observaram-se também neste estudo diferenças significativas ao nível da *frequência de episódios emocionais*, com as *pacientes bulímicas a apresentar resultados significativamente mais elevados*. Não se observaram contudo diferenças ao nível da especificidade, orientação e categorias emocionais dos episódios. *As pacientes bulímicas, quando comparadas com as anorécticas, evidenciaram também, no que respeita à psicopatologia geral e alimentar, resultados significativamente mais elevados ao nível do SCL-90R, em particular, no Índice geral de sintomas, no Número de sintomas positivos e nas sub-escalas - Somatização, Obsessões-compulsões, Ansiedade, Hostilidade, Ideacção paranóide, e ao nível do EDI*

total e nas sub-escalas - Impulso para emagrecer, Bulimia e Insatisfação corporal (Vilarinho, 2003; Vilarinho, Machado, Soares, Torres, & Brandão, 2003).

Um terceiro estudo conduzido por Cunha (2003) envolveu sessenta e oito jovens, trinta e quatro anorécticas e trinta e quatro sem patologia alimentar. Esta pesquisa procurava explorar as relações entre estes dois grupos ao nível do funcionamento familiar, estratégias de resolução de conflito familiar, padrões de crenças transgeracionais e relações de vinculação com pais e amigos. Destacando apenas a questão da vinculação, os resultados sugerem que, em contraste com o grupo sem patologia alimentar, *as pacientes anorécticas evidenciam relações de vinculação inseguras com o pai, com a mãe e com os amigos, menor confiança na mãe, menor comunicação com os amigos, reflectindo uma percepção de menor responsividade e sensibilidade aos seus estados emocionais e preocupações e, ainda, uma maior alienação em relação à mãe, pai e amigos*, o que sugere experiências negativas de raiva, desânimo e ressentimento dirigido a essas figuras (Cunha, 2003; Cunha, Relvas, & Soares, 2003, 2004).

O quarto estudo foi realizado por Tereno (2003) com noventa e duas mulheres e respectivos pais e mães (e psicoterapeutas), que foram distribuídos em dois grupos: um grupo clínico constituído por trinta anorécticas e vinte e sete bulímicas, e um grupo controlo. Esta pesquisa examinou as relações entre estes dois grupos ao nível da percepção das relações de vinculação no presente e da percepção das relações de vinculação no passado e, no grupo clínico, explorou a percepção das pacientes e dos seus terapeutas relativamente à qualidade da aliança terapêutica. Em contraste com o grupo controlo, *as pacientes evidenciam níveis mais elevados de ansiedade e evitamento no seu estilo de vinculação*. Por outro lado, em contraste com as mães do grupo controlo, *as mães das pacientes com anorexia apresentam níveis menos elevados de segurança e as mães das pacientes com bulimia manifestam níveis de evitamento mais elevados*. Por seu lado, *os pais das pacientes com anorexia revelam níveis de evitamento mais elevado do que os pais do grupo controlo*. Para além disto, em geral, *a segurança das participantes está associada à segurança da vinculação das suas mães*. Por último, *a percepção da qualidade da aliança terapêutica está associada à segurança da vinculação, à percepção de suporte emocional do pai no passado e negativamente associada à percepção de rejeição pelo pai no passado* (Tereno, 2003; Tereno, Soares, Bouça, Neves, Celani, & Sampaio, 2004).

Acumulada alguma evidência empírica sobre as relações entre as organizações de vinculação e as perturbações alimentares e respondendo à necessidade de uma abordagem mais orientada para a fenomenologia clínica da organização sintomática e da organização

da vinculação, na sequência do estudo anteriormente referido, foi desenvolvida uma investigação com pacientes com perturbações alimentares, com vista a examinar estas relações, cruzando-as com a actividade psicofisiológica, ao nível da actividade cardíaca e do nível de condutância da pele, durante a AAI. Num estudo preliminar, com base em sete casos ilustrativos de cada uma das três organizações da vinculação – segura, desligada e emaranhada, foram encontrados diferentes perfis psicofisiológicos. Quanto ao nível de condutância da pele, verificou-se um aumento significativo só nos sujeitos inseguros, sugerindo um aumento de activação fisiológica. Em relação à frequência cardíaca, encontrou-se uma diminuição significativa no sujeito seguro e nos sujeitos desligados, sugerindo uma resposta de orientação ou de atenção para a AAI. Articulando estes dois parâmetros nestas duas situações – organização desligada e organização segura – verifica-se uma diferença na forma como as pacientes respondem fisiologicamente à entrevista: enquanto a paciente segura parece orientar-se para a entrevista sem estar activada significativamente, as pacientes desligadas parecem estar orientadas, mas também estão activadas, o que poderá estar relacionado com o nível alto de incoerência das suas entrevistas sobre a vinculação. Para além destes dados, estão a ser efectuadas outras análises dos dados psicofisiológicos ao longo das respostas das pacientes nas questões mais críticas da AAI, nomeadamente nas Perdas, Separações, Rejeições e Situações traumáticas. Os primeiros resultados apontam para *a relevância da questão das Perdas, no sentido de uma maior desregulação emocional*. Os estudos em curso recorrem a metodologias mais sofisticadas e irão permitir uma exploração de maior complexidade dos dados (Soares, Dias, Fernandes, Machado, Klein, Alves, Felgueiras, Pinho, Neves, Figueiredo, Jongenelen, Matos, Gonçalves, Zhan-Jian, & Cunha, 2002).

O estudo mais recente neste domínio procurou estudar a relação entre a organização da vinculação e a actividade de regulação autonómica em quarenta e sete pacientes com perturbações alimentares, das quais vinte e quatro com sintomatologia restritiva e vinte e três com sintomatologia purgativa (Dias, 2007). As pacientes foram monitorizadas ao nível da actividade cardíaca e electrodérmica durante a AAI e responderam a diversos instrumentos de auto-relato sobre sintomatologia geral e específica das perturbações alimentares e sobre marcadores desenvolvimentais para a psicopatologia. Quanto à organização da vinculação, *a maioria dos sujeitos foi classificada como insegura e, em relação às estratégias de vinculação, verificou-se o predomínio de estratégias de hiperactivação, de um modo mais significativo nas pacientes com sintomatologia purgativa*. No que diz respeito à psicopatologia e aos marcadores desenvolvimentais,

saliente-se a presença de níveis inferiores de manifestação de sintomatologia das perturbações alimentares em pacientes classificadas como Desligadas, correlações significativas entre estratégias de hiperactivação e sintomas de psicopatologia geral e alimentar; correlações negativas entre mega-itens associados à segurança da vinculação e um conjunto de marcadores para a psicopatologia, bem como correlações positivas entre mega-itens associados à insegurança da vinculação e diversos marcadores desenvolvimentais. Em relação à actividade fisiológica relacionada com a regulação autonómica, os resultados mostraram uma relação entre a organização da vinculação e as duas medidas usadas – condutância da pele e rácio LF/HF, um indicador do balanço simpático-vagal (Dias, 2007).

Em suma, a literatura clínica tem apoiado a existência de associações, embora não lineares, entre a insegurança da vinculação e as perturbações alimentares. Contudo, é necessário avançar para além de uma abordagem descritiva, no sentido de análises mais compreensivas sobre os mecanismos e processos envolvidos nestas relações. A inclusão de uma perspectiva desenvolvimental poderá facilitar o reencontro da teoria da vinculação com as suas origens clínicas, permitindo uma maior compreensão destas perturbações e do processo psicoterapêutico.

Em seguida, vamos procurar apresentar os contributos da investigação empírica sobre a relação entre as perturbações alimentares e as emoções.

3. ESTUDOS EMPÍRICOS NO ÂMBITO DAS PERTURBAÇÕES ALIMENTARES E DAS EMOÇÕES

A investigação empírica centrada no estudo da relação entre as perturbações alimentares e variáveis emocionais é recente. Com base numa pesquisa interactiva, a partir da base de dados *PsycINFO*, cruzando os termos perturbações alimentares e emoções, encontramos um conjunto significativo de referências científicas.

Os estudos revistos estabelecem relações entre as perturbações alimentares e dificuldades ao nível da expressão e regulação emocional. Um conjunto de investigações no âmbito das perturbações alimentares tem evidenciado uma expressão emocional reduzida (Geller, Cockell, & Goldner, 2000; McLean, Miller, & Hope, 2007; Pells, 2006) ou inibição da expressão de emoções positivas e negativas (Forbush & Watson, 2006),

dificuldades no processamento (Bydlowski, Corcos, & Jeammet, 2005; Gilboa-Schechtman, Avnon, & Zubery, 2006) e funcionamento emocional (Zonnevylle-Bender, van Goozen, & Chen-Kettenis, 2004), uma consciência emocional reduzida (Sim & Zeman, 2004) e dificuldades ao nível da regulação emocional (Lynch, Everingham, & Dubitzky, 2000; Overton, Selway, Strongman, & Houston, 2005; Sim & Zeman, 2006; Whiteside, Chen, Neighbors, Hunter, Lo, & Larimer, 2007). Alguns trabalhos referem a presença do afecto negativo nas perturbações alimentares (Downs, 1998; Gilbert, 2007; Pells, 2006; Podar, Hannus, & Allik, 1999; Polivy & Herman, 2002; Van Strien, Engels, & Van Leeuwe, 2005; Wertheim et al., 2001; Wichstrom, 2000; Wozniak, 1997), em particular na bulimia nervosa (Engelberg, Steiger, & Gauvin, 2007; Cooley & Toray, 2001, Killen et al., 1996; Markey & Vander Wal, 2007; Powell & Thelen, 1996; Sherwood, Crowther, & Wills, 2000; Stice, 2001; Stice & Agras, 1998; Stice, Nemeroff, & Shaw, 1996; Tyrka, Waldron, & Graber, 2002), e o papel de emoções discretas como a raiva (Brytek, 2006; Geller et al., 2000), o nojo (Olatunji & Sauchuk, 2005; Troop, Treasure, & Serpell, 2002), a vergonha (Bowden, 2005; Conwell, 2005; Denious, 2004), a inveja (Davies, 2004) e a culpa (Bowden, 2005).

A investigação empírica tem vindo a realçar também a alexitimia nas perturbações alimentares (Cochrane, Brewerton, & Wilson, 1993; De Panfilis, Salvatore, & Avanzini, 2001; Fäldt Ciccolo & Johnsson, 2002; Laquatra, 1993; Montebanocci, Codispoti, & Surcinelli, 2006; Schmidt, Jiwany, & Treasure, 1993), salientando o risco para o desenvolvimento de sintomas psicossomáticos (Speranza, Corcos, Guilbaud, & Jeammet, 2000; Smith & Johnsson, 1997) e o seu valor preditivo (Speranza, Loas, & Wallier, 2007). Neste âmbito, outras variáveis têm sido também estudadas, tais como o reconhecimento facial de emoções (Kessler, Schwarze, & Filipic, 2006), a depressão (Eizaguirre, Saenz de Cabezón, Alda, Olariaga, & Juaniz, 2004; Guilbaud, Corcos, Chambry, Paterniti & Jeammet, 1999; Speranza, Corcos, Loas, 2005; Wheeler, Greiner, & Boulton, 2005), a ansiedade (Eizaguirre et al., 2004; Olariaga, & Juaniz, 2004) e o abuso físico e emocional na infância (Gray, 2001; Hund & Espelage, 2006; Mazzeo & Espelage, 2002). A alexitimia tem sido estudada na anorexia nervosa (Bourke, Taylor, Parker, & Bagby, 1992; Greenberg, 1999; Johnsson, Smith, Amnér, 2001; Petterson, 2004; Zonnevylle-Bender, van Goozen, & Cohen-Kettenis, 2004), no que respeita à memória autobiográfica (Nandrino, Doba, & Lesne, 2006), incidindo sobre as discrepâncias entre a activação emocional e psicofisiológica (Zonnevylle-Bender, van Goozen, & Cohen-Kettenis, 2005), e na bulimia nervosa (Johnsson, Smith, Amnér, 2001; Sureda, Valdés, & Jódar, 1999), na relação com

outras dimensões da desregulação emocional como a intolerância ao *stress* e o evitamento da experiência (Rasmussen Hall, 2007), com a depressão e a ansiedade (Jimerson, Wolfe, & Franko, 1994) e com a consciência interoceptiva e estratégias de *coping* (Burrows, 1988). Num outro conjunto de estudos, foi avaliada a relação entre a alexitimia e a ingestão alimentar compulsiva (Carano, De Berardis, & Gambi, 2006; Gilbert, 2007; O'Connell, 2003; Wheeler, Greiner, & Boulton, 2005). Alguns destes trabalhos examinaram também a insegurança da vinculação, o afecto negativo (Gilbert, 2007) e a auto-regulação (O'Connell, 2003).

Algumas investigações têm-se debruçado sobre a qualidade e intensidade da expressão emocional em amostras não-clínicas e em pacientes com perturbações alimentares. Certos estudos sugerem que para preservar as relações íntimas as mulheres são socializadas no sentido de *suprimir os sentimentos negativos* (Gilligan, Rogers, & Tolman, 1991), centrando-se em geral mais nos sentimentos dos outros do que nos sentimentos pessoais, inibindo os sentimentos negativos e revelando dificuldades em reconhecer e em explorar experiências pessoais. A supressão de sentimentos parece estar associada a uma posição de poder diminuído nas relações, que se pode estender a outros aspectos da experiência pessoal e ter importantes implicações em relação à auto-estima (Brown & Jasper, 1993; Gutwill, 1994).

A inibição da expressão emocional parece aumentar o risco de problemas de saúde. Alguns estudos têm estabelecido uma associação entre as *dificuldades em falar sobre acontecimentos traumáticos* e resultados reduzidos numa série de indicadores de saúde (Pennebaker & Hoover, 1986). Pelo contrário, escrever e conversar sobre experiências perturbadoras do ponto de vista emocional está associado a melhorias na saúde física, a uma reforço do sistema imunitário e a um menor número de consultas médicas (Farber, 2005; Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker, Colder & Sharp, 1990; Pennebaker & Hoover, 1986).

Um estudo realizado com uma amostra não-clínica do sexo feminino, integrado numa investigação mais ampla sobre a relação entre o funcionamento interpessoal e a patologia alimentar, verificou que a *expressão emocional* se relacionou inversamente com a insatisfação corporal, mesmo antes do controlo de variáveis como o índice de massa corporal, a falta de assertividade e os sintomas depressivos (Hayaki, Friedman, & Brownell, 2002). Investigações com amostras não-clínicas têm estabelecido relações entre a expressão emocional, a comunicação e a resolução criativa de problemas (Massey-Stokes, 2001), entre as emoções positivas e a segurança da vinculação (Gentzler, 2002), as

estratégias de *coping* em situações de *stress* (Folkman & Moskowitz, 2000, 2007), e as capacidades de regulação emocional (Tugade & Fredrickson, 2004).

Overton, Selway, Strongman e Houston (2005) procuraram comparar o vasto leque de experiências emocionais em mulheres com perturbações alimentares e sem patologia, utilizando para o efeito a escala das emoções diferenciais. Constataram que as pacientes com perturbações alimentares *experienciaram em geral emoções negativas mas também emoções positivas com mais frequência* do que as do grupo de controlo, o que constituiu um resultado inesperado. No grupo com perturbações alimentares, os temas da patologia alimentar, avaliados através das sub-escalas do inventário das perturbações alimentares (EDI), apresentaram correlações mais consistentes com emoções como a alegria, o interesse e a surpresa do que com emoções negativas, enquanto que o inverso foi observado no grupo sem patologia. Verificou-se, ainda, significativamente menos raiva no grupo com perturbações alimentares do que no grupo sem patologia. Estes investigadores concluíram que estas pacientes são competentes na utilização dos comportamentos alimentares perturbados no sentido de *manipular a experiência de estados emocionais positivos e negativos*, e que esta dinâmica deverá constituir um factor relevante de manutenção destas perturbações.

McLean, Miller e Hope (2007) constataram numa amostra não-clínica que a relação entre os distúrbios alimentares e a ansiedade social foi mediada pela *supressão expressiva*, resultado que segundo os autores vai ao encontro da teoria que estabelece que o afecto negativo, não sendo expresso, é deslocado para o corpo, podendo desencadear sintomas de perturbação alimentar.

Na anorexia nervosa, a investigação tem identificado uma predisposição particular nestas pacientes para *suprimir a expressão do afecto negativo* (Strober, 1991), em particular da raiva, com inibição da expressão pessoal (Geller et al., 2000). A predisposição nas anorécticas para evitar a expressão de emoções negativas poderá ser explicada por uma forte antecipação de desconforto e stress, por uma sensibilidade excessiva aos sentimentos e necessidades dos outros, e por uma preferência por ambientes invariantes e estáveis emocionalmente (Geller et al., 2000). Com base nestas características de temperamento, estas pacientes teriam tendência a lidar com as mudanças existenciais utilizando comportamentos repetitivos, baseados na procura de recompensa, e evitando a comunicação quando esta incluísse o afecto negativo (Sohlberg & Strober, 1994; Strober, 1991).

Geller et al. (2000) verificaram que as pacientes anorécticas, quando comparadas com sujeitos sem perturbação ou com outras perturbações, apresentavam uma *supressão da raiva e inibição da expressão pessoal*, uma hipervalorização das necessidades dos outros em prejuízo das necessidades pessoais, uma avaliação do *self* a partir de padrões externos, e um *self* dividido, isto é, um *self* externo submisso e um *self* interno com raiva e hostilidade. A inibição da expressão de emoções negativas e a orientação interpessoal externa relacionaram-se com a insatisfação corporal e o perfeccionismo.

Kucharska-Pietura, Nikolaou e Masiak (2004) constataram que pacientes com anorexia nervosa, quando comparadas com um grupo sem patologia, revelaram *um reconhecimento emocional pobre, a partir de estímulos faciais e vocais, tendo ao nível da face sido mais evidente em relação às emoções negativas e, ao nível da voz, tanto para as emoções positivas como negativas*. Estes investigadores referem que esta dificuldade de reconhecimento emocional, ao nível da expressão facial e da tonalidade vocal, poderá contribuir para dificuldades na comunicação com os outros e para uma ausência de empatia, aspectos que têm sido descritos na anorexia nervosa.

Forbush e Watson (2006) examinaram a inibição emocional e os traços de personalidade comparando anorécticas, bulímicas e um grupo de controlo, no sentido de avaliar a experiência clínica das pacientes com perturbações alimentares quanto à predisposição para deslocar para o corpo os sentimentos negativos. Constataram que as pacientes com perturbações alimentares *inibem a expressão tanto de emoções positivas como de emoções negativas e apresentam maiores índices de hostilidade e de ansiedade*. Por outro lado, estão *menos conscientes dos seus pensamentos e sentimentos pessoais* (consciência pessoal privada) e, inversamente, mais conscientes dos pensamentos e sentimentos dos outros (consciência pessoal pública). As pacientes com *bulimia nervosa* revelaram *maiores níveis de inibição emocional, ansiedade, consciência pessoal pública e hostilidade* quando comparadas com as pacientes anorécticas. Segundo os autores, é provável que os indivíduos que não são capazes de identificar e, consequentemente, expressar as suas emoções possam aprender a manusear o desconforto emocional, os conflitos interpessoais e a hostilidade não-expressa, deslocando a sua expressão e falta de *insight*.

A relação entre afecto negativo e o comportamento alimentar compulsivo tem sido referida na literatura. Alguns estudos têm posto em evidência a *variabilidade emocional e de humor* ao longo do ciclo alimentação compulsiva-comportamento purgativo (Kenardy, Arnow, & Agras, 1996) e a *labilidade afectiva* (Greenberg & Harvey, 1987). Outros têm

demonstrado que os episódios de ingestão compulsiva são desencadeados pelo *afecto negativo* mais frequentemente do que pela fome (Greeno, Wing, & Shiffman, 2000; Meyer, Waller & Waters, 1998; Stice, 2001; Wertheim, Koerner, & Paxton, 2001; Wilson, Fairburn, & Agras, 1997). Estes episódios parecem diminuir a expressão do afecto negativo (Deaver, Miltenberger, Smyth, & Crosby, 2003), constituindo um reforço negativo, suprimindo, reduzindo temporariamente as emoções negativas, ou ainda tendo uma função distractiva em relação aos estados aversivos (Arnou, Kennedy, & Agras, 1992; Heatherton & Baumeister, 1991; Leon, Fulkerson, Perry, & Early-Zald, 1995; Wiser & Telch, 1999). Este comportamento teria sido aprendido como um mecanismo para lidar a curto prazo com emoções dolorosas (Arnou et al., 1992), na falta de competências de regulação emocional. Deste modo, o afecto negativo contribuiria para uma maior vulnerabilidade aos impulsos geradores de uma alimentação compulsiva (Wiser & Telch, 1999, Stice, 2001; Stice & Agras, 1999; Waters, Hill, & Walker, 2001).

Pells (2006) levantou a hipótese de que os indivíduos com perturbação de ingestão compulsiva apresentariam um maior evitamento em face de estímulos emocionais em tarefas experimentais de laboratório. Além disso, revelariam reacções negativas mais intensas a estímulos emocionais quando comparados com sujeitos sem ou com níveis sub-clínicos da patologia. Constatou que estes pacientes relataram maiores *níveis de evitamento emocional, medo das emoções e uma alimentação emocional*. Além disso, *manifestaram também emoções negativas mais intensas em resposta a estímulos emocionais, e menos disposição para experienciar situações negativas*, quando comparados com os sujeitos do grupo de controlo. A partir de dados da monitorização diária, os participantes *expressaram mais raiva e humor depressivo antes e depois das refeições e dos episódios de ingestão compulsiva*, em relação ao grupo de controlo. Concluiu-se que os estados de humor e as reacções destes pacientes em face de estímulos emocionais sugerem níveis elevados de afecto negativo e mais respostas negativas às emoções. Possivelmente, o *evitamento emocional* constitui um factor central na manutenção da perturbação alimentar compulsiva. Segundo Pells, são necessários mais estudos para compreender melhor como é que os indivíduos com perturbação de ingestão compulsiva respondem a estímulos emocionais.

Engelberg, Steiner, Gauvin e Wonderlich (2007) procuraram examinar até que ponto o afecto negativo e a dissociação constituem antecedentes dos episódios de ingestão compulsiva na bulimia nervosa. Trinta e três mulheres bulímicas, utilizando computadores portáteis, anotaram os seus comportamentos alimentares, afectos e experiências dissociativas num intervalo entre sete e vinte e nove dias. As análises efectuadas

permitiram verificar que *o afecto negativo e as experiências disssociativas foram mais significativas antes dos episódios de ingestão compulsiva*. Os autores constataram que estes resultados são consistentes com os modelos da ingestão alimentar compulsiva que atribuem um papel causal ao afecto negativo e aos estados alterados de consciência. A ingestão alimentar compulsiva parece constituir um comportamento multideterminado e relacionado com processos cognitivos e afectivos.

A consciência e identificação dos estados emocionais internos constituem competências básicas importantes para um funcionamento emocional competente. Sem a capacidade de identificar as emoções específicas experienciadas, escolhendo uma estratégia adequada e efectiva para aliviar determinado estado emocional, o caminho a percorrer será em grande parte fortuito ou baseado em consequências temporárias. Apesar de se ter assistido, durante a década de 90, a uma expansão da investigação sobre o papel da regulação emocional no desenvolvimento, manutenção e exacerbação da psicopatologia na infância (Cicchetti, Ackerman, & Izard, 1995), as perturbações alimentares não têm sido estudadas, de forma sistemática, do ponto de vista da *regulação emocional*. Alguns estudos mais recentes têm referido a existência de *dificuldades na regulação do afecto* nas perturbações alimentares (Dalton, 2003; Sim & Zeman, 2004, 2005) e na ingestão alimentar compulsiva (O'Connell, 2003; Lynch, Everingham, Dubitzky, 2000; Whiteside, Chen, Neighbors, Hunter, Lo, & Larimer 2007).

Whiteside et al., (2007), com uma amostra não-clínica de ambos os sexos, verificaram que as dificuldades de regulação emocional contribuíram significativamente para a ingestão alimentar compulsiva mais do que o género, a restrição alimentar e a hipervalorização do peso e forma corporal. A relação entre a desregulação emocional e a ingestão alimentar compulsiva ficou a dever-se sobretudo à *dificuldade em identificar e integrar os estados emocionais e a um acesso limitado às estratégias de regulação emocional*. É provável que os indivíduos que ingerem alimentos de forma compulsiva possam ter falta de estratégias de *coping* centradas nas emoções ou de regulação emocional, tornando-os mais vulneráveis aos impulsos. Estes resultados parecem apoiar um modelo da ingestão alimentar compulsiva que integre variáveis como a vulnerabilidade emocional e um défice de competências, que regule o afecto negativo de forma adaptativa.

Sim e Zeman (2004) levantaram a hipótese de que as adolescentes bulímicas apresentam défices de competências no que respeita à consciência e identificação de estados emocionais. Compararam um grupo de pacientes bulímicas com grupos de controlo, um sem história clínica e o outro com deprimidas. Os resultados revelaram que as

pacientes bulímicas, quando comparadas com adolescentes sem patologia, apresentaram *menor competência emocional, designadamente, no que respeita à consciência e identificação de estados emocionais internos*. Quando comparadas com as deprimidas, revelaram uma *consciência interoceptiva mais reduzida, mais dificuldades na motivação para expressar estados emocionais aos outros, em aceder à designação verbal para descrever o estado emocional do self (períodos de latência) e, ainda, em discriminar diferentes emoções*.

Uma consciência interoceptiva reduzida, na medida em que constitui um défice na capacidade para identificar estados internos ou sentimentos, incluindo estados fisiológicos e emocionais, pode produzir confusão, na medida em que o indivíduo confunde as suas emoções com a fome, tendo como resultado que a activação emocional desencadeia a alimentação, ou mesmo, a compulsão alimentar. É possível que a fome genuína possa não ser percebida quando está presente (possivelmente na anorexia nervosa) e possa ser percebida quando não está (possivelmente na bulimia nervosa). Segundo Polivy e Herman (2002) não é claro se corresponde a uma causa ou é consequência da perturbação alimentar e, por outro lado, se deve ser considerada uma perturbação cognitiva, perceptiva ou biológica. Leon et al. (1995) demonstraram que uma *consciência interoceptiva reduzida* é uma variável preditora da ingestão alimentar compulsiva. Fäldt Ciccolo e Jonhsson (2002) constatarem que *uma capacidade interoceptiva reduzida e um elevado grau de somatização contribuem para acentuar a gravidade da perturbação alimentar*. Bruch (1973) referiu que as dificuldades ao nível da consciência interoceptiva são consequência de uma aprendizagem inadequada na infância, em que os cuidadores forneceram alimentos não apenas para satisfazer a fome, mas em resposta a todas as expressões de perturbação da criança. Esta aprendizagem parece ter como resultado uma falta de confiança no próprio corpo, e aumentar a necessidade do seu controlo bem como do *self*, que são percebidos pelo indivíduo como indiferenciados.

Alguns estudos têm salientado a relação entre alexitimia e perturbações alimentares. A alexitimia é um conceito definido por Sifneos (1973), que significa uma perturbação nas funções afectivas e cognitivas, e se caracteriza por uma dificuldade *em reconhecer e verbalizar as emoções*. Este conceito, inicialmente derivado da teoria psicanalítica, consiste na incapacidade para identificar ou expressar emoções e inclui dificuldades em localizar as sensações corporais, pobreza ao nível das fantasias e sonhos, e tendência para utilizar a acção, mais do que as palavras, para lidar com as situações emocionais (Nemiath, 1977). Originariamente observadas em pacientes psicossomáticos, estas características

psicológicas podem ser observadas na população em geral e em pacientes com perturbações médicas e psiquiátricas (Blanchard, Arena, & Pallmever, 1981).

Laquatra e Clopton (1994), numa amostra não-clínica feminina, verificaram que os resultados no EDI estiveram relacionados com os défices afectivos da alexitimia, ou seja, com *dificuldades em identificar e comunicar emoções*, mas não com os distúrbios cognitivos associados, isto é, com o pensamento orientado para o exterior e com uma imaginação e fantasia limitadas.

Taylor, Parker, Bagby e Bourke (1996), num estudo semelhante ao anterior, mas com pacientes anorécticas, procuraram examinar a relação entre características psicológicas e comportamentos que têm sido associados às perturbações alimentares e a alexitimia. Verificaram entre as anorécticas uma *correlação positiva significativa entre algumas sub-escalas do EDI, designadamente, a Ineficácia, a Desconfiança interpessoal, a Consciência interoceptiva e os Medos de maturidade*. Os resultados sugerem que a alexitimia está relacionada com diversos traços psicológicos que são característicos das pacientes com perturbações alimentares e parece desempenhar um papel relevante no aparecimento destas perturbações.

Beales e Dolton (2000) desenvolveram um estudo onde procuraram comparar os traços de personalidade e o grau de alexitimia em pacientes com perturbações alimentares em fase activa (anorexia nervosa e bulimia nervosa) e num grupo já recuperado destas perturbações. Observaram-se *correlações negativas significativas entre a alexitimia e as competências sociais, em particular, a expressão de sentimentos e de necessidades*. Os pacientes em fase activa apresentaram os maiores valores de solidão, introversão e alexitimia.

Zonneville-Bender, van Goozen, Cohen-Kettenis, van Elburg e van Engeland (2004), com o objectivo de compreender melhor os défices emocionais específicos na anorexia nervosa, procuraram examinar o funcionamento emocional na anorexia nervosa com base na alexitimia. Utilizaram uma bateria de tarefas emocionais que procurou medir a capacidade de processar informação emocional de natureza visual e áudio, e a capacidade de memorização de respostas a estímulos visuais. Estas tarefas reflectiram três dos quatro aspectos do construto da alexitimia: dificuldade em descrever emoções; dificuldade em identificar emoções; e capacidades imaginativas limitadas. Estes investigadores constataram que as pacientes anorécticas e com perturbações depressivas e/ou ansiosas revelaram *defícies importantes ao nível do funcionamento emocional*, quando comparados com sujeitos sem história clínica. O grupo de anorécticas foi o que obteve resultados mais

elevados de *alexitimia*, no que respeita sobretudo às *dificuldades em identificar e descrever as emoções*.

O aumento recente da investigação neste domínio sugere a importância de serem consideradas na investigação das perturbações alimentares variáveis de natureza emocional, tanto ao nível da expressão como ao nível da regulação emocional. Segundo Taylor et al. (1997), as perturbações alimentares deverão ser consideradas *perturbações da auto-regulação*, em que a desregulação emocional constitui a sua componente mais significativa. A diminuição da capacidade cognitiva para processar e regular emoções parece constituir um distúrbio regulatório primário das perturbações alimentares.

São necessários novos estudos que possibilitem uma integração dos resultados da investigação, de modo a consolidar o conhecimento obtido neste domínio.

Os capítulos que se seguem apresentam a nossa investigação empírica no âmbito das perturbações alimentares, que integra dois estudos. O primeiro estudo examina as diferenças entre um grupo clínico e um grupo não-clínico em relação à vinculação, episódios emocionais e compreensão emocional na *AAI*. O segundo estudo avalia as diferenças nas perturbações alimentares, entre um grupo restritivo e um grupo purgativo, relativamente à vinculação, episódios emocionais e compreensão emocional na *AAI*, e adicionalmente, em relação à psicopatologia geral e alimentar.

PARTE II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPITULO 3:

VINCULAÇÃO, EPISÓDIOS EMOCIONAIS E COMPREENSÃO EMOCIONAL: APRESENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Este capítulo apresenta a nossa investigação sobre a vinculação, episódios emocionais e compreensão emocional e, adicionalmente, a psicopatologia geral e a psicopatologia alimentar. Inclui-se o enquadramento conceptual, as questões de partida e os objectivos gerais da investigação, a descrição das hipóteses e dos estudos realizados e, por fim, o método desenvolvido, com a especificação das características da amostra, as medidas e os procedimentos utilizados.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL, QUESTÕES DE PARTIDA E OBJECTIVOS GERAIS

A minha participação nos trabalhos de doutoramento de Soares (1992) direccionou-me para o estudo da dimensão representacional da vinculação (Main, Kaplan & Cassidy, 1985), a partir da conceptualização dos modelos internos dinâmicos (Bowlby, 1969/84; Bretherton, 1985; Bretherton & Munholland, 1999; Main et al., 1985). Constituindo um sistema regulador da orientação do comportamento e da avaliação de experiências, estes modelos integram componentes comportamentais, cognitivos e, também, emocionais. Esta perspectiva constituiu um estímulo para investigarmos a relação entre vinculação e emoções, mediada pelo discurso verbal na AAI (Hesse, 1999).

Os projectos de investigação em que colaborei tiveram subjacente a teoria da vinculação, elaborada por John Bowlby (Bowlby, 1969/84, 1973, 1980) e desenvolvida por outros teóricos e investigadores (Ainsworth et al., 1978; George & Solomon, 1999;

Grossmann, Grossmann, & Waters, 2005; Kobak, 1999; Main, 1990; Main & Solomon, 1990; Sroufe, 1996; Thompson, 2000), no sentido de uma maior compreensão do desenvolvimento normativo e da psicopatologia. Foi nosso propósito contribuir para o aprofundamento de metodologias de avaliação das emoções na *AAI* utilizando, para este fim, amostras da população clínica e sem patologia.

No quadro da teoria da vinculação (Bowlby, 1969/84, 1973, 1980), as emoções possuem uma função adaptativa, no sentido em que orientam e motivam o comportamento, possibilitando também a auto-monitorização e a comunicação interpessoal. Emoções como o amor, a tristeza, a raiva, o medo e a alegria estão presentes na formação, manutenção, ruptura e renovação das relações de vinculação, constituindo a dinâmica emocional subjacente um processo importante na regulação da proximidade, que acompanha geralmente a avaliação do sujeito acerca da disponibilidade das figuras de vinculação (Bowlby, 1969/84). As emoções servem, assim, como sinalizadores dos objectivos e necessidades da criança, e a sua expressão directa e franca é reveladora da confiança na responsividade da figura de vinculação (Bretherton, 1987, 1990; Kobak & Duemmler, 1994; Kobak, 1999; Leibowitz et al., 2002; Oppenheim & Waters, 1995; Thompson, 2000). Contudo, emoções como a raiva, a tristeza ou o medo, quando falham o seu alvo, podem tornar-se disfuncionais e sintomáticas. Nestes casos, a criança pode não as expressar directamente ou expressá-las através de sintomas, evidenciando por vezes um controlo excessivo de emoções perturbadoras, através da desactivação do sistema de vinculação (Kobak, 1999). A psicopatologia surge quando as reacções emocionais se tornam crónicas, mal orientadas, desencadeadas inadequadamente ou quando não ocorrem apesar de necessárias (Sroufe et al., 2000) e associada, frequentemente, a relações de vinculação inseguras ou perturbadas, reveladoras de ausência de sintonia emocional e descontinuidade nos cuidados esperados (Bowlby, 1988; Sroufe et al., 2005b). A investigação na área da vinculação tem revelado que a insegurança da vinculação e a desorganização são fortes preditores de psicopatologia (Lyons-Ruth et al., 1997; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Sroufe et al., 2005b; Willemsen-Swinkels et al., 2000), constituindo factores de risco significativos para trajectórias desenvolvimentais desviantes. Estas questões orientaram-nos para o estudo comparativo da vinculação e das emoções num grupo clínico (perturbações alimentares) e num grupo sem patologia, e no seio de um grupo clínico (perturbações alimentares), num grupo restritivo e num grupo purgativo.

Os padrões de interacção precoce da criança com a figura de vinculação e a gestão da proximidade nesta relação, por parte da criança, constituem os alicerces da regulação emocional. A auto-regulação (Sroufe, 1996), envolvendo a capacidade de expressão franca e directa das emoções mas simultaneamente a contenção de impulsos, desejos e sentimentos, terá sido construída a partir das respostas sensíveis das figuras de vinculação, ajudando, de forma continuada e repetida, a criança a ampliar os estados emocionais positivos e a regular os estados negativos (Siegel, 1999). Nos adultos, a dinâmica da regulação do afecto depende da utilização de estratégias de vinculação primárias e secundárias (Main, 1990; Mikulincer et al., 2003). Enquanto que o objectivo das estratégias primárias consiste na activação de um conjunto de recursos pessoais que permitem ao indivíduo manter a saúde mental em períodos de stress e ampliar as suas perspectivas, os objectivos das estratégias secundárias lidam com a activação do sistema de vinculação, reduzindo ou eliminando a dor provocada pelas tentativas frustradas de procura de proximidade. Para as estratégias secundárias, a regulação do stress deixa de constituir o objectivo regulatório principal e a hiperactivação a desactivação do sistema de vinculação transformam-se no objectivo a alcançar (Main, 1990; Kobak, 1993; Kobak, Ruckdeschel, & Hazan, 1994; Mikulincer et al., 2003).

A investigação empírica sobre a vinculação na idade adulta, com a *AAI*, tem constatado que os padrões de vinculação incluem, no plano expressivo, referências à qualidade dos estados emocionais dos sujeitos. Assim, os indivíduos seguros revelam confiança, segurança, perdão, compaixão e sentido de humor; os sujeitos desligados tendem a manifestar ausência de vulnerabilidade emocional, e os sujeitos preocupados exprimem, com frequência, estados emocionais de raiva e medo (Hesse, 1999). Ao nível da regulação emocional, os sujeitos seguros revelam geralmente experiências favoráveis, que se traduzem por respostas fáceis de compreender; contudo, a descrição de experiências adversas orienta-se para a produção de narrativas coerentes, podendo envolver a contenção de sentimentos perturbadores. Os sujeitos inseguros, pelo contrário, manifestam, habitualmente, desconforto em relação às experiências de vinculação. As narrativas são pouco fluentes, com os sujeitos desligados a evitar responder aos temas da vinculação, e os sujeitos preocupados a ficar submersos nestas experiências (Hesse, 1999). Este suporte da literatura constituiu o ponto de partida para a investigação da expressão e da regulação emocional na *AAI*.

Os conceitos emocionais são fundamentais para compreendermos a etiologia, os sintomas e o desenvolvimento das perturbações psicológicas (Cichetti, Ackerman, & Izard, 1995; Guidano, 1987, 1991; Guidano & Liotti, 1983; Joyce-Moniz, 1999). As emoções integram processos neurológicos, comportamento expressivo e experiência subjectiva (Lewis, 1993) e parecem constituir um sistema separado embora interdependente de outros sistemas (Cichetti, Ackerman, & Izard, 1995). Aspectos como a predisposição emocional, a qualidade, a intensidade, a frequência, a reacção e a regulação emocional devem ser estudados no sentido de melhorarem não só a nossa compreensão acerca das emoções, mas também do seu papel na psicopatologia (Joyce-Moniz, 1999). O estudo destes processos e dos mecanismos subjacentes, bem como dos efeitos da interacção entre sistema emocional, e os sistemas comportamental e cognitivo, poderá facilitar a nossa compreensão acerca do desenvolvimento normal e patológico (Cichetti, Ackerman, & Izard, 1995). As emoções são simultaneamente adaptativas e inadaptativas, surgindo frequentemente associadas ao aparecimento das perturbações psicológicas. Uma trajectória inadaptativa pode significar por exemplo que as emoções não foram integradas adequadamente com o sistema comportamental e cognitivo (Izard & Harris, 1995).

Uma linha de investigação, no âmbito da psicoterapia com adultos, identificou, ao nível do discurso verbal, padrões de emoção-abstracção no processo terapêutico, tendo verificado que o padrão de ligação, que inclui uma elevada tonalidade emocional e um elevado nível de abstracção, foi associado à mudança terapêutica (Mergenthaler, 1996). Num outro estudo com a AAI, observou-se uma relação estreita entre os padrões de emoção-abstracção e os padrões de vinculação (Buchheim & Mergenthaler, 2000), no mesmo sentido dos estudos que estabelecem uma associação entre as estratégias de vinculação secundárias aos padrões de vinculação inseguros. No quadro da psicoterapia centrada nas emoções (Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg, Rice, & Elliot, 1993; Greenberg & Safran, 1987), em que se salienta a importância da expressão verbal das emoções, com vista à reestruturação dos significados anteriores e criação de novos significados, foi desenvolvido o método dos episódios emocionais (Korman, 1991, 1998), para avaliar a mudança terapêutica em pacientes deprimidos, utilizando, para o efeito, as transcrições da psicoterapia. Este método procura examinar os esquemas emocionais (Greenberg e Safran, 1987; Guidano, 1987), mecanismo básico gerador da experiência emocional e de significado, que integra memórias emocionais, expectativas e conhecimentos, com base nas experiências vividas pelo indivíduo, proporcionando-lhe

um sentido integrado de si e do mundo e um significado sentido subjectivamente. Os esquemas emocionais constituem configurações estruturais representadas na memória, funcionando como um padrão em relação ao qual o fluxo constante de informação sensorial é comparado e adquire significado (Guidano, 1987). O estudo de Vilarinho (1993), que usou o método dos episódios emocionais na AAI com uma amostra de pacientes com perturbações alimentares, constituiu o ponto de partida para aprofundarmos o valor deste método na investigação empírica. A AAI constituiu o suporte para este efeito, justificando-se na medida em que estimula nos sujeitos a descrição de experiências pessoais, envolvendo a expressão de palavras emocionais em resposta a situações de perturbação.

Um último conjunto de investigações com amostras de baixo risco, incluindo crianças e adolescentes, tem procurado avaliar o desenvolvimento da compreensão emocional (Pons, Harris, & de Rosnay, 2004), partindo de estudos sobre a regulação emocional (Harris, 1989; Harris & Lipian, 1989; Meerum Terwogt, & Stegge, 1995) e a compreensão de emoções complexas (Arsenio & Lover, 1999; Brown & Dunn, 1996; Fischer, Shaver, & Carnochan, 1990; Harris, 1983; Harter & Buddin, 1987; Hughes & Dunn, 1998; Kestenbaum & Gelman, 1995; Peng, Jonhson, Pollock, Glasspool, & Harris, 1992; Steele, Steele, Croft, & Fonagy, 1999). Tem sido referida uma relação estreita entre a compreensão de emoções complexas e a vinculação (Bretherton, Ridgeway, & Cassidy, 1990; de Rosnay & Harris, 2002; Fonagy & Target, 1997; Harris, 1999; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985; Steele, Steele, Croft, & Fonagy, 1999; Steele, Steele, & Johansson, 2002; Steele & Steele, 2005). Num estudo longitudinal, a segurança da vinculação materna e a segurança da vinculação na criança constituíram preditores da capacidade da criança, aos 6 anos, para compreender e resolver conflitos emocionais em si e nos outros. Aos 11 anos, a segurança da vinculação materna continuou a constituir um forte preditor da capacidade de compreensão emocional e social da criança. A avaliação da compreensão emocional aos 11 anos foi efectuada com uma versão modificada do instrumento usado aos 6 anos – *affect task* (Steele & Steele, 2005), designada por ‘*the social cognition task*’ (Steele, Steele & Johansson, 2002), que constituiu o ponto de partida para o desenvolvimento do nosso método da compreensão emocional. Procurámos responder à necessidade de estudar no âmbito clínico a relação entre vinculação e compreensão emocional, em pacientes jovens e adultas com perturbações alimentares. A justificação para este estudo consistiu no facto da AAI, para além da descrição de episódios emocionais, tender a estimular, também, o

reconhecimento e a resolução de situações de perturbação emocional, dimensões estas que integramos no método da compreensão emocional.

Um dos nossos objectivos consistiu em estudar as perturbações do comportamento alimentar no quadro de leitura da psicopatologia do desenvolvimento (Guidano, 1987, 1991; Guidano & Liotti, 1983, Joyce-Moniz, 1999). As perturbações do comportamento alimentar constituem hoje um desafio importante para os investigadores e para os clínicos, devido à sua expressão significativa em adolescentes do sexo feminino (Gonçalves, 1998; Hoek & van Hoeken, 2003; Machado et al., no prelo; Whitaker, 1992), e visto possuírem o maior índice de mortalidade entre as perturbações mentais (Millar et al., 2005; Sullivan, 1995; Zipfel et al., 2000). Além disso, o conhecimento das suas causas e factores associados é ainda insatisfatório (Steiner et al., 2003; Stice, 2002; Striegel-Moore & Bulik, 2007). Apesar de ser defendida uma etiologia multifactorial para estas perturbações (Gouveia, 2000; Taylor et al., 1997), a investigação tem revelado problemas de natureza metodológica (Gouveia, 2000; Stice, 2002) e a ausência de um quadro desenvolvimental que integre os resultados dos estudos realizados (Attie & Brooks-Gunn, 1995). Futuramente, importa investigar também os factores e mecanismos que possam contribuir para que os sujeitos retomem uma trajectória adaptativa.

A literatura clínica e empírica tem vindo a evidenciar relações entre as perturbações alimentares e dificuldades ao nível da expressão e regulação emocional. Estas perturbações caracterizam-se por dificuldades em diferenciar os estados internos e as emoções (Bruch, 1973), em aceder à expressão emocional e a sentimentos diferenciados (Guidano, 1987, 1991; Guidano & Liotti, 1993), e por um modo de expressão restrito, em que o sujeito parece não conseguir expressar as suas emoções, com uma expressão insípida, uniforme ou brusca, onde as emoções parecem indiferenciadas e o débito e a frequência da expressão inconstantes (Joyce-Moniz, 1999). Mais raramente, os sujeitos parecem controlar em excesso as suas emoções, apresentando uma expressão fria e distanciada, e embora as emoções pareçam diferenciadas, o débito e frequência emocional são reduzidos – modo épico (Joyce-Moniz, 1999). As pacientes com perturbações alimentares revelam uma supressão do afecto (Geller et al., 2000; McLean et al., 2007; Pells, 2006), inibição da expressão de emoções positivas e negativas, maiores índices de hostilidade e de ansiedade, menor consciência dos sentimentos e pensamentos pessoais (Forbush & Watson, 2006),

dificuldades no funcionamento emocional (Zonnevylle-Bender, van Goozen, & Chen-Kettenis, 2004) e no processamento emocional (Bydlowski, Corcos, & Jeammet, 2005; Gilboa-Schechtman, Avnon, & Zubery, 2006), uma consciência emocional reduzida (Sim & Zeman, 2004) e dificuldades ao nível da regulação emocional (Lynch, Everingham, & Dubitzky, 2000; Overton et al., 2005; Sim & Zeman, 2006; Whiteside et al., 2007). Alguns estudos referem a presença do afecto negativo nestas perturbações (Downs, 1998; Guidano & Liotti, 1983; Overton et al., 2005; Podar, Hannus, & Allik, 1999; Polivy & Herman, 2002; Stice, 2001, 2002; Van Strien, Engels, & Van Leeuwe, 2005; Wertheim et al., 2001; Witchstrom, 2000; Wozniak, 1997).

Na anorexia nervosa, a investigação tem referido a existência de uma predisposição para suprimir a expressão do afecto negativo (Strober, 1991), em particular da raiva, com inibição da expressão pessoal (Geller et al., 2000) ou para evitar a comunicação quando esta inclui o afecto negativo (Sohlberg & Strober, 1994). São também referidas dificuldades no reconhecimento da emoção ao nível da face e da voz (Kucharska-Pietura, Nikolaou, & Masiak, 2004).

As pacientes bulímicas apresentam maiores níveis de inibição emocional, ansiedade, hostilidade, e maior consciência dos sentimentos e pensamentos dos outros, quando comparadas com as pacientes anorécticas (Forbush & Watson, 2006). Foi também observada uma maior expressão emocional em pacientes bulímicas por comparação com pacientes anorécticas, embora sem diferenças nas diferentes categorias emocionais avaliadas (Vilarinho, 2003). Outros estudos têm acentuado a presença do afecto negativo na bulimia nervosa (Engelberg, Steiger, & Gauvin, 2007; Cooley & Toray, 2001; Killen et al., 1996; Markey & Vander Wal, 2007; Powell & Thelen, 1996; Sherwood, Crowther, & Wills, 2000; Stice, 2001; Stice & Agras, 1998; Stice, Nemeroff, & Shaw, 1996; Tyrka, Waldron, & Graber, 2002) e dificuldades na regulação do afecto (Dalton, 2003; Sim & Zeman, 2005). Em relação à ingestão alimentar compulsiva, a investigação tem referido dificuldades na regulação emocional (Whiteside et al., 2007), o seu papel na auto-regulação dos humores (Lynch et al., 2000) e a importância do afecto negativo e do evitamento emocional na sua manutenção (Pells, 2006). Se a regulação emocional integra um conjunto de estratégias comportamentais e/ou psicológicas para resolver situações/temas que são desafiantes do ponto de vista interpessoal (Pons et al., 2004), a desregulação emocional é referida como uma característica das perturbações alimentares (Taylor et al., 1997), particularmente em muitas pacientes bulímicas (Stice, 2001).

A disposição, e mais raramente a labilidade, caracterizam o *processo ou estilo da expressão emocional* nestas perturbações (Joyce-Moniz, 1999). A disposição consiste numa expressão sustida, prolongada e estável do mesmo tipo de emoções. A labilidade surge raramente, correspondendo a variações frequentes e imprevisíveis na expressão, com o mesmo ou vários tipos de emoção (Joyce-Moniz, 1999), é referida como variável preditora de uma ingestão alimentar compulsiva (Greenberg & Harvey, 1987) e está presente no comportamento alimentar compulsivo (Kenardy, Arnow, & Agras, 1996).

A alexitimia define a *ligação e descrição da expressão emocional* na anorexia e bulimia nervosa (Joyce-Moniz, 1999). A investigação empírica tem examinado a presença de alexitimia nas perturbações alimentares (Cochrane et al., 1993; De Panfilis et al., 2001; Laquatra, 1993; Montebanocci et al., 2006; Schmidt et al., 1993), enquanto vulnerabilidade ou risco psicossomático (Guilbaud, Corcos, Chambry, 1999; Speranza, Corcos, & Guilbaud, 2000; Smith & Johnsson, 2007), debruçando-se sobre o seu valor preditivo (Speranza, Loas, & Wallier, 2007), o reconhecimento facial de emoções (Kessler, Schwarze, & Filipic, 2006), as suas relações com a depressão (Eizaguirre et al., 2004; Speranza, Corcos, Loas, 2005; Wheeler, Greiner, & Boulton, 2005), com a ansiedade (Eizaguirre et al., 2004), com a ingestão alimentar compulsiva (Wheeler et al., 2005). A alexitimia tem sido igualmente estudada na anorexia nervosa (Bourke, Taylor, Parker, & Bagby, 1992; Greenberg, 1999; Johnsson, Smith, & Amnér, 2001; Nandrino, Doba, & Lesne, 2006; Petterson, 2004; Zonneville-Bender, van Goozen, & Cohen-Kettenis, 2004; Zonneville-Bender, van Goozen, & Cohen-Kettenis, 2005), na bulimia nervosa (Johnsson et al., 2001; Sureda, Valdés, & Jódar, 1999), na sua relação com outras dimensões da desregulação emocional como a intolerância ao stress e o evitamento da experiência (Rasmussen Hall, 2007), com a depressão e a ansiedade (Jimerson, Wolfe, & Franko, 1994), com a consciência interoceptiva e estratégias de coping (Burrows, 1988), e na ingestão alimentar compulsiva (Carano, De Berardis, & Gambi, 2006; Gilbert, 2007; O'Connell, 2003), sendo avaliadas variáveis como a insegurança da vinculação e o afecto negativo (Gilbert, 2007) e a auto-regulação (O'Connell, 2003).

No quadro das relações familiares, e em relação à trajectória desenvolvimental das perturbações alimentares, a literatura põe em evidência um contexto familiar emaranhado (Guidano, 1987; Minuchin et al., 1978), no seio do qual a criança apresenta

mais dificuldades em aceder às emoções e à expressão individual, com críticas, interferências e sugestões constantes por parte da figura parental, em que o controlo prevalece sobre o suporte emocional (Selvini-Palazzoli, 1974). A investigação empírica tem vindo a estabelecer também relações entre a vinculação e as perturbações alimentares, salientando a maior probabilidade nestas perturbações de uma representação insegura da vinculação (Broberg et al., 2001; Dias, 2007; Evans, 2003; Hochdorf et al., 2005; Lehoux, 2001; Leung et al., 2000; Noe, 2001; Orzolek-Kronner, 2002; Troisi et al., 2005), seguindo a mesma linha dos estudos relativos à psicopatologia em geral que têm sugerido uma sobre-representação da insegurança da vinculação (Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996). No entanto, não é ainda clara a associação entre os sub-tipos das perturbações alimentares e padrões de vinculação específicos (Pinho, 2000), apesar de Candelori e Ciocca (1998) constatarem uma relação entre anorexia nervosa e o padrão desligado, e entre bulimia nervosa e o padrão preocupado, e Ward et al. (2001), entre anorexia nervosa e o padrão desligado não só entre anorécticas como também entre as suas mães. Em relação às estratégias emocionais da vinculação, trata-se de uma área em que os estudos parecem promissores, mas onde os resultados não são também conclusivos. Cole-Detke e Kobak (1996) referem um predomínio de estratégias de desactivação associadas à sintomatologia alimentar, enquanto que Dias (2007) constata um predomínio da hiperactivação num grupo purgativo, por comparação com um grupo restritivo. Pierrehumbert et al. (2002) refere também o predomínio da hiperactivação num grupo com perturbações alimentares, em comparação com um grupo de dependentes de substâncias.

A investigação empírica tem acentuado também a importância nestas perturbações da insatisfação corporal (Stice, 2002), sobretudo quando associadas à ansiedade (Davis, Shuster, Blackmore, & Fox, 2004). A ansiedade consiste num traço de personalidade dos pacientes com perturbações alimentares (Davis & Claridge, 1998; Diaz-Marsa et al., 2000), embora não-específico destas perturbações (Claridge & Davis, 2001).

A insatisfação corporal está associada à dieta restritiva e ao afecto negativo, aumentando o risco de patologia alimentar (Bruch, 1962; Crisp, 1984). Uma série de estudos refere que é preditora do afecto negativo (Cole et al., 1998; Rierdan et al., 1989; Stice & Bearman, 2001; Stice et al., 2000), das perturbações alimentares (Attie & Brooks-Gunn, 1989; Beato-Fernández et al., 2004; Graber et al., 1994; Leon et al., 1999; Ohring, Graber, & Brooks-Gunn, 2002; Stice, Presnell, & Spangler, 2002;

Wertheim et al., 2001; Wichstrom, 2000) e da bulimia nervosa (Cooley & Toray, 2001; Killen et al., 1996; Stice, 2001; Stice & Agras, 1998).

A internalização do ideal de magreza constitui uma variável relevante nas perturbações alimentares (Garner, Olmsted, & Polivy, 1983; Wichstrom, 2000), na bulimia nervosa e na sua manutenção (Fairburn et al., in press; Stice & Agras, 1998), e na alimentação compulsiva (Stice et al., 2002).

O perfeccionismo promove a procura do ideal de magreza (Bruch, 1973), o aparecimento da bulimia nervosa (Killen et al., 1994) e a sua manutenção (Fairburn, 1997; Fairburn, Cooper, & Safran, 2003; Santonastaso et al., 1999), desencadeando a dieta rígida que perpetua o ciclo compulsivo-purgativo. Relatos clínicos têm apresentado relações entre o perfeccionismo e as perturbações alimentares (Guidano, 1987; Lilenfeld et al., 2000), constituindo um factor de manutenção da anorexia nervosa (Fairburn, Cooper, & Safran, 2003). Contudo, alguns estudos não observaram diferenças entre sujeitos com perturbações alimentares e sem patologia, ao nível do perfeccionismo (Alvarez et al., 2003; Escarria & Haro, 2000; Mancilla et al., 2003; Mateo, 2002; Vasquez et al., 2000).

A falta de consciência interoceptiva é referida nestas perturbações como podendo produzir confusão, de modo que o indivíduo confunde as suas emoções com a fome, tendo como resultado que a activação emocional desencadeia a alimentação, ou mesmo, a compulsão alimentar, mas não é claro se deve ser vista como um problema cognitivo, perceptivo ou biológico (Polivy & Hermans, 2002).

A ausência de uma personalidade nuclear, com um défice de integração entre sentimentos, imagens, emoções e pensamentos, e insuficientemente demarcada em relação aos outros, parece estar subjacente às perturbações alimentares (Guidano, 1987), sendo designadas por alguns autores como perturbações do *self* (Geist, 1989; Johnsson et al., 2001) ou como perturbações desenvolvimentais (Buhl, 2002).

Algumas investigações procuraram estudar estas perturbações numa perspectiva transdiagnóstica (Dias, 2007; Fairburn, Cooper, & Safran, 2003), em função de mecanismos comuns que caracterizam estas perturbações. No entanto, os estudos que abordam as perturbações alimentares centrando-se sobre as características psicopatológicas destas perturbações, designadamente purgativas e restritivas, são ainda reduzidos.

Com base neste quadro conceptual, a nossa investigação procura responder às seguintes questões de partida:

- 1- As diferentes organizações da vinculação estão associadas a diferentes formas de expressão e compreensão emocional?
- 2- Que relações se podem estabelecer entre expressão e compreensão emocional?
- 3- Existem diferenças entre um grupo constituído por pacientes com perturbações alimentares e por um grupo não-clínico em relação à organização da vinculação, expressão e compreensão emocional?
- 4- Existem diferenças entre um grupo purgativo e um grupo restritivo de perturbações alimentares relativamente à organização da vinculação, expressão e compreensão emocional?
- 5- Existem diferenças entre um grupo purgativo e um grupo restritivo de perturbações alimentares em relação à sintomatologia geral e alimentar?

Assim, definimos como objectivos gerais da nossa investigação:

1- Avaliar as diferenças entre um grupo de pacientes com perturbações alimentares e um grupo de sujeitos sem patologia relativamente à vinculação, e aos episódios emocionais e compreensão emocional associados;

2- Avaliar as diferenças entre um grupo restritivo e um grupo purgativo de pacientes com perturbações alimentares, em relação à vinculação, aos episódios emocionais e compreensão emocional associados, e ainda em relação à psicopatologia geral e alimentar.

Adicionalmente, um objectivo mais específico consistiu em avaliar, em cada um dos grupos referidos, a relação entre vinculação e emoções.

2. HIPÓTESES E DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Tendo subjacente o quadro conceptual e os nossos objectivos, colocámos as seguintes hipóteses para investigação.

Em relação ao primeiro objectivo, levantámos como hipóteses que o grupo clínico estivesse associado à insegurança da vinculação e a estratégias de vinculação secundárias e, consoante o padrão de vinculação dominante, a uma expressão emocional reduzida (padrão desligado) ou exacerbada (padrão preocupado), com a presença exclusiva ou de emoções positivas (padrão desligado) ou negativas (padrão preocupado) e, ainda, a uma menor compreensão emocional, caracterizada sobretudo por uma baixa resolução da perturbação. Pelo contrário, a segurança da vinculação e a utilização de estratégias de primárias, a expressão balanceada de emoções positivas e negativas bem como uma frequência de emoções nem demasiado elevada nem demasiado reduzida, e uma compreensão emocional elevada, caracterizada sobretudo por uma elevada resolução da perturbação seriam aspectos associados ao grupo não-clínico. Seriam estes os resultados esperados ao nível da expressão e compreensão emocional na medida em que o padrão de vinculação seguro e as estratégias de vinculação primárias seriam mais prováveis no grupo não-clínico. A presença de situações perturbadoras nas questões críticas da vinculação estaria associada, no grupo não-clínico, a um reconhecimento, pelo menos moderado, dessas situações. Considerámos que a insegurança da vinculação constituiria o principal preditor de pertença do grupo clínico vs. não-clínico.

Quanto ao segundo objectivo, colocámos a hipótese de que em ambos os grupos estaria sobre-representada a insegurança da vinculação e as estratégias de vinculação secundárias, com o grupo restritivo associado ao padrão desligado e o grupo purgativo associado ao padrão preocupado. Nessa medida, o grupo restritivo seria caracterizado por uma expressão emocional reduzida e o grupo purgativo por uma expressão emocional exacerbada, com maior frequência de episódios emocionais de valência negativa. Seria de esperar uma compreensão emocional reduzida em ambos os grupos, com baixa resolução da perturbação, mas com diferenças ao nível do reconhecimento da perturbação, mais elevado no grupo purgativo. No que respeita às variáveis preditoras do grupo restritivo vs. purgativo, a nossa hipótese foi a de que a insegurança da vinculação e os temas da psicopatologia alimentar constituíssem preditores significativos.

Com vista a concretizar os nossos objectivos e hipóteses para investigação, foram desenvolvidos dois estudos.

O primeiro estudo teve por objectivo analisar as diferenças entre um grupo de sujeitos com perturbações alimentares e um grupo não-clínico em relação à organização da vinculação, aos episódios emocionais e à compreensão emocional. Estas análises foram efectuadas após a verificação estatística da equivalência dos grupos clínico e não-clínico, no que respeita a variáveis sócio-demográficas como a idade, o ano de escolaridade e a ocupação. Este estudo procurou também verificar a existência de associações significativas em cada um dos grupos entre os episódios emocionais e a compreensão emocional, os episódios emocionais e a vinculação e entre a vinculação e a compreensão emocional. Por fim, procurou encontrar os preditores relativamente ao grupo clínico vs. não-clínico.

O segundo estudo procurou comparar um grupo com características restritivas e um grupo com características purgativas, constituídos por pacientes com perturbações alimentares, relativamente à organização da vinculação, aos episódios emocionais, à compreensão emocional, à psicopatologia geral e à psicopatologia alimentar. Este estudo, à semelhança do primeiro, procurou observar também as associações existentes entre os episódios emocionais e a compreensão emocional em cada um dos grupos bem como as associações entre a psicopatologia geral e alimentar. Por fim, procurou encontrar também os preditores em relação ao grupo restritivo vs. purgativo.

3. MÉTODO

3.1 Participantes

Esta investigação inclui três grupos: um grupo não-clínico ou grupo 1 (N=20), um grupo clínico ou grupo 2 (N=20) e um segundo grupo clínico ou grupo 3 (N=60). Os grupos clínicos são ambos formados por pacientes com perturbação do comportamento alimentar. Os grupos 1 e 2 integram o primeiro estudo e o grupo 3 constitui o segundo estudo.

CrITÉRIOS de inclusão

Três grupos constituem a amostra desta investigação.

O grupo não-clínico é constituído por 20 sujeitos da população normal, do sexo feminino, que integraram a amostra de um estudo anteriormente realizado por Soares (1992), seleccionados de entre os alunos de uma escola secundária do Porto, que frequentavam o 10º e 11º anos de escolaridade, no ano lectivo de 1988/89. Estes jovens nasceram, respectivamente, em 1972 e em 1973 tendo, então, entre 16 e 17 anos. Tinham pelo menos um irmão, viviam com o pai e com a mãe, ambos trabalhavam e tinham pelo menos o 9º ano de escolaridade. As entrevistas da vinculação decorreram nos meses de Junho e Julho de 1989.

O grupo 2 (clínico) é composto por 20 sujeitos com perturbações do comportamento alimentar, todos do sexo feminino. Estes sujeitos reuniam as condições necessárias para o emparelhamento com os sujeitos da população não-clínica: eram estudantes, tinham concluído o 3º ciclo do ensino básico e a maioria frequentava o ensino secundário, e tinham idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos. Os sujeitos foram maioritariamente seleccionados a partir de uma amostra mais alargada pertencente ao projecto *COST B-6*, cujos critérios de selecção consistiam na presença de sintomas relevantes para o diagnóstico de perturbações do comportamento alimentar, de acordo com o DSM-IV (APA, 1996), durante os três meses anteriores à primeira consulta, ter 18 anos ou vir a ter esta idade durante os primeiros seis meses de tratamento e não apresentar perturbação mental que impedisse o preenchimento de questionários. As pacientes foram recrutados a partir das unidades de tratamento das perturbações do comportamento alimentar, integradas no referido projecto, e localizadas nos distritos do Porto e Coimbra (Consulta de Perturbações do Comportamento Alimentar, do Departamento de Psiquiatria do Hospital de S. João – Porto; Consulta dos Distúrbios Alimentares, do Hospital da Universidade de Coimbra; Núcleo de Perturbações do Comportamento Alimentar, do Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil do Centro Hospitalar de Coimbra).

No presente estudo, a selecção das participantes teve como referência os critérios de selecção utilizados no estudo de Pinho (2000) que, para além dos critérios do projecto *COST B-6*, considerou a idade mínima os 14 anos, de modo a serem capazes de

responder aos questionários e à entrevista sobre a vinculação. O processo de selecção foi da responsabilidade dos clínicos das unidades de consulta, referidas anteriormente, e que aceitaram colaborar no estudo. As entrevistas foram administradas entre finais de 1997 e início de 1999. Da amostra do estudo de Pinho (2000), constituída por 43 utentes do sexo feminino, com idades entre os 14 e os 29 anos, e diagnosticadas com Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa ou Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PCASOE), seleccionámos 16 sujeitos para o grupo 2. Estes sujeitos reuniam as condições referidas para o emparelhamento com o grupo não-clínico. Para completar o número de sujeitos necessários (N=20) no grupo 2, com as características referidas atrás, foram ainda integrados 4 sujeitos do sexo feminino com perturbação do comportamento alimentar. Um dos sujeitos não integrou o estudo de Pinho, mas fez parte do projecto *COST*; os restantes três sujeitos integraram o projecto europeu *AKQUASI* e, simultaneamente, o projecto do *GEV* (Grupo de Estudos da Vinculação) - Parâmetros Fisiológicos, Estratégias de Vinculação e Esquemas Cognitivo-Emocionais em diferentes organizações psicopatológicas (*PRAXIS/PCSH/P/PSI/87/96*). As entrevistas a estes quatro sujeitos decorreram entre Maio de 2000 e Março de 2002, no Centro de Medicina do Porto.

O grupo 3 (clínico) é constituído por 60 sujeitos do sexo feminino com perturbações do comportamento alimentar. Neste grupo, foram integrados 29 sujeitos do projecto *COST*, 26 do projecto *AKQUASI* e 5 pacientes do Hospital Maria Pia. Do grupo dos sujeitos do projecto *COST-B6*, 28 sujeitos fizeram parte, também, do estudo de Pinho (2000). As entrevistas aos sujeitos deste grupo decorreram entre Março de 2000 e Julho de 2006.

Caracterização sócio-demográfica da amostra

A partir da caracterização sócio-demográficas da amostra, apresentada no Quadro 1, verifica-se em relação à amostra da população não-clínica (grupo 1), que os 20 sujeitos que compõem o grupo são solteiros e estudantes. No que respeita à idade, 50% dos sujeitos têm 16 anos e os restantes 50% têm 17 anos. Em relação à escolaridade, todos os sujeitos frequentam o ensino secundário, 50% no 10º ano e 50% no 11º ano. A amostra da população clínica (grupo 2) é equivalente à da população normal quanto ao

número de sujeitos, ao género, ao estado civil e à ocupação. No que respeita à idade, esta é mais alargada do que no grupo não-clínico, isto é, as idades situam-se entre os 14 e os 18 anos, sendo a idade dos 17 a idade mais representada, com 35% dos sujeitos. Em relação à escolaridade, 60% da amostra concluiu o 9º ano e 40% frequenta o 12º ano.

Quadro 1

Caracterização sócio-demográfica da amostra

		Primeiro Estudo				Segundo Estudo	
		Grupo não-clínico (N=20)		Grupo clínico (N=20)		Grupo clínico (N=60)	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
Idade	< 15	0	(0.0)	3	(15.0)	6	(10.0)
	16	10	(50.0)	2	(10.0)	5	(8.3)
	17	10	(50.0)	7	(35.0)	1	(1.7)
	18	0	(0.0)	4	(20.0)	2	(3.3)
	19	0	(0.0)	4	(20.0)	5	(8.3)
	20	0	(0.0)	0	(0.0)	11	(18.3)
	21	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(5.0)
	>22	0	(0.0)	0	(0.0)	26	(43.3)
	Sem informação	-	-	-	-	1	(1.7)
	Total	20	(100.0)	20	(100.0)	60	(100.0)
Estado	Solteiro	20	(100.0)	20	(100.0)	53	(88.3)
Civil	Casado	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(8.3)
	Divorciado	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.7)
	Sem informação	-	-	-	-	1	(1.7)
	Total	20	(100.0)	20	(100.0)	60	(100.0)
Anos de	<9º ano	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(5.0)
Escolaridade	9º ano	0	(0.0)	12	(60.0)	18	(30.0)
	10º ano	10	(50.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	11º ano	10	(50.0)	0	(0.0)	4	(6.7)
	12º ano	0	(0.0)	8	(40.0)	19	(31.6)
	>12º ano	0	(0.0)	0	(0.0)	15	(25.0)
	Sem informação	-	-	-	-	1	(1.7)
	Total	20	(100.0)	20	(100.0)	60	(100.0)

		Primeiro Estudo				Segundo Estudo	
Ocupação							
	Estudante	20	(100.0)	20	(100.0)	41	(68.3)
	Trabalhador	0	(0.0)	0	(0.0)	11	(18.3)
	Desempregado	0	(0.0)	0	(0.0)	7	(11.7)
	Sem informação	-	-	-	-	1	(1.7)
	Total	20	(100.0)	20	(100.0)	60	(100.0)

Em relação à idade do grupo 2, é de referir que embora todos os sujeitos tenham idade inferior a 20 anos, esta é mais alargada do que no grupo não-clínico. Esta opção deveu-se à dificuldade em conjugar os critérios escolaridade, ocupação e idade neste grupo, em igualdade de circunstâncias com o grupo não-clínico.

O grupo 3 (Estudo 2) é na sua totalidade do sexo feminino. Em relação à idade, metade dos sujeitos (50%) tem idades entre os 14 e os 20 anos, tendo 48.3% dos sujeitos idades compreendidas entre os 21 e os 29 anos. Os sujeitos são maioritariamente solteiros (88.3%). Ao contrário dos dois grupos anteriores, 5% dos sujeitos tem menos de 9 anos de escolaridade e 25% frequenta o ensino superior. Contudo, a maior percentagem de sujeitos situa-se entre o 9º e o 12º ano (68.3%). Neste grupo, 18.3% da amostra possui uma actividade profissional, 11.7% está desempregado mas, maioritariamente, os sujeitos são estudantes (68.3%).

Tendo por objectivo analisar a equivalência dos dois grupos que compõem o 1º estudo, relativamente às variáveis sexo, idade, estado civil, escolaridade e profissão, foi realizado o *Teste t* para amostras independentes, para as variáveis idade e anos de escolaridade.

Analisando as diferenças entre os dois grupos em relação à idade e anos de escolaridade, verificam-se diferenças significativas em relação à idade ($t(24.60) = -2.21$, $p < .05$), apresentando o grupo clínico ($M=17.20$; $DP=1.32$) um valor superior ao grupo não clínico ($M=16.50$; $DP=.51$). Não se verificam diferenças significativas entre os grupos, em relação aos anos de escolaridade ($t(23.34) = .842$, n.s.).

Caracterização clínica da amostra

No que se refere aos dois grupos constituídos por pacientes com perturbação do comportamento alimentar, o grupo 2 e o grupo 3, a caracterização clínica destes grupos é a que se apresenta a seguir no Quadro 2.

Quadro 2

Caracterização clínica da amostra

		Grupo 2		Grupo 3	
		N	(%)	N	(%)
Diagnóstico	AN-R	9	(45.0)	21	(35.0)
	AN-IC/P	3	(15.0)	4	(6.7)
	BN-P	2	(10.0)	22	(36.7)
	BN-NP	1	(5.0)	1	(1.7)
	PCASOE-NA	0	(0.0)	2	(3.3)
	PCASOE-BN	3	(15.0)	3	(5.0)
	PCASOE	1	(5.0)	2	(3.3)
	Sem informação	1	(5.0)	5	(8.3)
	Total	20	(100.0)	60	(100.0)
Grupos clínicos	Restritivo	9	(45.0)	23	(38.3)
	Purgativo	10	(50.0)	32	(53.3)
	Sem informação	1	(5.0)	5	(8.3)
	Total	20	(100.0)	60	(100.0)

No que se refere ao diagnóstico das pacientes do grupo 2 (primeiro estudo), segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), constata-se que 60% apresenta um diagnóstico de anorexia nervosa, sendo cerca de metade do grupo (45%) constituído por pacientes com anorexia nervosa, tipo restritivo. Apenas 15% das pacientes apresenta um diagnóstico de bulimia nervosa, entre as quais 10% são tipo purgativo e 5% tipo não-purgativo. O diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação inclui 20% das pacientes, dentro do qual as pacientes com características purgativas são em maior percentagem (15%).

No grupo 3, as pacientes distribuem-se maioritariamente por duas categorias diagnósticas: anorexia nervosa do tipo restritivo (35%) e bulimia nervosa do tipo

purgativo (36.7%), tendo as restantes categorias baixa expressão percentual, com uma variação entre 1.7% e 6.7%.

Para os objectivos do nosso estudo, procurámos criar dois grupos de comparação, com base nas características clínicas da amostra. Assim, incluímos no *grupo restritivo* as pacientes com um diagnóstico de anorexia nervosa tipo restritivo, e de perturbação do comportamento alimentar sem outra especificação (PCASOE) com características restritivas; no *grupo purgativo*, incluímos as pacientes com diagnóstico de bulimia nervosa, de anorexia nervosa tipo ingestão compulsiva/purgativa, e pacientes com PCASOE com características purgativas. A decisão de inserir as pacientes com diagnóstico de anorexia nervosa tipo ingestão compulsiva/purgativa no grupo purgativo deveu-se a critérios que têm que ver com as manifestações clínicas destas pacientes, e que as aproxima mais da bulimia nervosa do que da anorexia nervosa, tipo restritivo (Gleaves, Lowe, Snow, Green, & Murphy-Eberenz, 2000).

Analizando o Quadro 2, verifica-se que os grupos se apresentam razoavelmente equilibrados quanto à distribuição do grupo restritivo e purgativo (47.4% de pacientes do tipo restritivo e 52.6% do tipo purgativo). Em relação ao grupo 3, constatamos que 41.8% dos sujeitos apresentam perturbação alimentar do tipo restritivo e 58.2% do tipo purgativo. Saliente-se uma percentagem ligeiramente inferior de pacientes do tipo restritivo em relação ao tipo purgativo, em ambos os grupos. Saliente-se que não foi possível inserir todas as pacientes num destes dois grupos clínicos, por falta de elementos de diagnóstico.

3.2 Medidas

Adult Attachment Interview – AAI (George, Kaplan, & Main, 1985)

A *Adult Attachment Interview* - AAI, desenvolvida por George, Kaplan e Main (1985), tem uma versão portuguesa, criada por Soares (1992). Trata-se de entrevista semi-estruturada, biográfica, organizada num conjunto de temas que traduzem as principais questões da vinculação, de acordo com Bowlby (1969/1984, 1973, 1980).

Tem uma duração de cerca de 60 minutos, é áudio-gravada para facilitar a sua transcrição integral e posteriormente facilitar a sua cotação e classificação. As questões iniciais estimulam o sujeito a recordar-se da sua história familiar e em particular da relação com os pais, levando-o a escolher cinco adjectivos que caracterizem cada uma dessas relações na infância. De referir que estes adjectivos não constavam do guião inicial da versão portuguesa. As questões que se seguem centram-se ainda na infância, em situações críticas da vinculação e mais específicas que as anteriores, nomeadamente, situações problema, acidentes, doenças, separações, situações de rejeição, ameaças ou abandono, castigos, maus-tratos e perdas de figuras significativas. Surge ainda um grupo de questões mais gerais e avaliativas, nas quais o sujeito é convidado a analisar a influência da relação com os pais na infância ao nível do desenvolvimento pessoal, as razões para o seu comportamento e, ainda, as mudanças nestas relações da infância ao momento presente. O sujeito é ainda questionado sobre relações com outros adultos significativos. Um outro conjunto de questões centra-se na relação actual com os pais e, no futuro, com os próprios filhos. No guião destinado à população clínica, uma última questão solicita ao sujeito que analise a relação existente entre o desenvolvimento da perturbação actual e a história da relação familiar.

No conjunto das questões, o sujeito é, por um lado, convidado a recordar episódios ou acontecimentos que ilustrem as situações que são expressas e, por outro lado, a avaliar o impacto dessas experiências no desenvolvimento da sua personalidade e no desenvolvimento das suas relações de vinculação.

A partir do sistema pioneiro de análise e classificação da *AAI* de Main e Goldwyn (1984, 1998), foram desenvolvidos outros métodos de análise e classificação da *AAI*, em particular, o método de Regensburg, elaborado por Fremmer-Bombik (Fremmer-Bombik, Rudolph, Veit, Schwartz, & Schwartzmeier, 1989) no âmbito dos estudos longitudinais de Regensburg e Bielefeld, na Alemanha, coordenados por Klaus e Karin Grossmann, e o método do *Attachment Interview Q-Sort*, criado por Kobak (1993) e desenvolvido pela nossa equipa (Pinho, Neves, Jongenelen, Martins, Henriques, Figueiredo, Matos, Gonçalves, Silva, & Soares, 1998). Este último método foi utilizado na nossa investigação empírica.

Attachment Interview Q-Sort (Kobak, 1993)

Kobak (1993) desenvolveu o método do *Attachment Interview Q-Sort*, a partir do *Califórnia Q-Sort* de Block (1978). Este método é constituído por 100 descritores, que um par de juízes, de forma independente, distribui em nove categorias, desde o *mais característico* no sujeito (9) até ao *menos característico* (1), passando pelo *mais ou menos característico* (5), consoante a leitura da entrevista. Trata-se de uma distribuição forçada, na medida em que cada juiz deve forçar a distribuição dos descritores em cada categoria de acordo, não só com a sua pertinência na entrevista em questão, mas também tendo em conta o número pré-estabelecido de descritores por categoria – cinco descritores para a categoria (1) e (9), oito para as categorias (2) e (8), doze para as categorias (3) e (7), dezasseis para as categorias (4) e (6) e dezoito para a categoria (5).

Em relação às estratégias de vinculação, o grupo de juízes (GEV- Grupo de Estudos da Vinculação) efectuou, previamente, duas distribuições dos protótipos de segurança vs insegurança e de desactivação vs hiperactivação. Estas distribuições foram conceptualizados de acordo com a descrição das estratégias primárias e secundárias (Main, 1990) e com base nos critérios de classificação de Main e Goldwyn, descrevendo sujeitos hipotéticos. Em relação aos padrões de vinculação, o grupo de juízes definiu também, previamente, distribuições relativas à classificação esperada de sujeitos-protótipo com um padrão de vinculação desligado e com um padrão preocupado. Posteriormente, as entrevistas foram analisadas em função da utilização pelo sujeito de uma estratégia de segurança vs insegurança e de uma estratégia de desactivação vs hiperactivação e classificadas em função do padrão de vinculação.

Cada entrevista foi avaliada por dois juízes, cujo acordo é calculado através de um coeficiente de correlação (fórmula de Spearman-Brown). Se o valor de acordo foi insuficiente ($Spearman-Pearson < 0.65$), determinou a necessidade de uma nova distribuição por um terceiro juiz. Foram usadas as duas distribuições do *Q-Sort* com correlação superior, obtendo-se uma cotação média do par de juízes (Cole-Detke & Kobak, 1996).

A correlação entre a cotação média do par de juízes e a cotação dos protótipos relativos às duas dimensões do método – Segurança-insegurança e Desactivação-hiperactivação, permitem classificar os sujeitos nas dimensões da vinculação. Os coeficientes de correlação de cada entrevista constituem medidas contínuas de cada uma

das dimensões, que correspondem a um determinado valor quanto à utilização da *estratégia primária*, que varia entre segura (positivo) e insegura (negativo) e quanto à utilização da *estratégia secundária*, que varia entre a desactivação (positivo) e a hiperactivação (negativa) (Cole-Detke & Kobak, 1996).

As entrevistas são, ainda, correlacionadas com as cotações prototípicas dos padrões de vinculação (Seguro, Desligado e Preocupado), permitindo classificar os sujeitos por aproximação a um destes protótipos. Se as cotações não estão correlacionadas com nenhum protótipo, considera-se que a entrevista é não-classificável.

Este método possibilita ainda agrupar os 100 descritores em oito *mega-itens da vinculação*, com base em modelos conceptuais, que por sua vez, se apoiaram em análises factoriais e em análises de consistência interna (Kobak, 1998), que passamos a apresentar:

Mãe Base Segura (5 itens, $\alpha = .90$), refere-se à confiança do sujeito na capacidade de funcionamento da figura materna (ex. “Tem confiança no bem-estar e na capacidade de agir da mãe”);

Disponibilidade da Mãe (13 itens, $\alpha = .97$), relaciona-se com a percepção dos juízes acerca da acessibilidade e suporte emocional da figura materna (ex. “A mãe era para o sujeito uma confidente competente e apoiante”);

Disponibilidade do Pai (12 itens, $\alpha = .89$), relaciona-se com a percepção dos juízes acerca da acessibilidade e suporte emocional da figura paterna (ex. “O pai era para o sujeito um confidente competente e apoiante”);

Pai Rigoroso (7 itens, $\alpha = .95$), refere-se à percepção dos juízes de que a figura paterna enfatizava a realização e o sucesso em detrimento do apoio emocional, que era rígido e intimidava o sujeito (ex. “O pai pressionou o sujeito no sentido de uma independência precoce”);

Ruptura Familiar (7 itens, $\alpha = .83$), indica a presença de descontinuidades na prestação de cuidados pelos pais, situações de inversão de papel e conflitos conjugais (ex. “O sujeito teve precocemente o papel de prestador de cuidados aos pais e aos irmãos”);

Preocupado (17 itens, $\alpha = .91$), indica que o sujeito se centra excessivamente nas experiências de vinculação e maximiza os sinais de perturbação (ex. “O sujeito está actualmente preocupado com as experiências negativas com os pais”);

Desligado (14 itens, $\alpha = .85$), corresponde à minimização, por parte do sujeito, dos sinais de perturbação e a uma noção de invulnerabilidade do *self* (ex. “O sujeito relata experiências negativas que não são acompanhadas por sentimentos de dor/sofrimento ou perturbação”);

Coerência (28 itens, $\alpha = .97$), relaciona-se com a capacidade para recordar as memórias da infância e para integrar as experiências contraditórias (ex. “O sujeito reconhece experiências que foram ultrapassadas”).

Mais recentemente, Pinho (2000), no âmbito do seu estudo com sujeitos com perturbação do comportamento alimentar, apresentou um conjunto de três novos mega-itens, com base na literatura da etiologia das perturbações alimentares, que designou por mega-itens das perturbações do comportamento alimentar. São eles:

Mãe rigorosa (5 itens, $\alpha = .91$), refere-se à percepção dos juízes de que a figura materna enfatizava a realização e o sucesso em detrimento do apoio emocional, que era rígida e intimidava o sujeito (ex. “A mãe pressionou o sujeito no sentido de uma independência precoce”);

Emaranhamento Familiar (15 itens, $\alpha = .78$), corresponde à apresentação da família, por parte do sujeito, como sendo super-protectora e intrusiva (ex. “A mãe chamava a atenção para as suas próprias preocupações e necessidades”);

Rejeição Parental (18 itens, $\alpha = .83$), relaciona-se com a desvalorização das relações de vinculação, com a distância emocional em relação aos pais e a indisponibilidade psicológica destes em relação ao sujeito (ex. “O pai era psicologicamente indisponível”).

A totalidade das entrevistas da vinculação usadas neste estudo, depois de transcritas integralmente, foram distribuídas aleatoriamente pelo grupo de juízes, com formação prévia neste procedimento, e cotadas independentemente, em pares, de acordo com o método *Attachment Interview Q-Sort* (Kobak, 1993; Pinho, Neves, Jongenelen, Martins, Henriques, Figueiredo, Matos, Gonçalves, Silva, & Soares, 1998), no âmbito do Grupo de Estudos da Vinculação. O cálculo do acordo teve em consideração o método referido e, assim, sempre que o acordo entre juízes para cada entrevista se revelou insuficiente (*Spearman-Pearson* < 0.65), um terceiro juiz realizou uma nova cotação com o *Q-Sort* para essa entrevista, utilizando-se, como já foi referido, a cotação do novo par de juízes onde foi obtido o acordo.

Nas 20 entrevistas do grupo não-clínico (grupo 1), foi necessário um terceiro juiz em 20% das transcrições (N=4). O acordo médio inter-juízes para a totalidade das entrevistas foi de .81, tendo variado entre .67 e .97.

Nas 20 entrevistas do grupo clínico (grupo 2), foi necessário um terceiro juiz em 60% das transcrições (N=12). O acordo médio inter-juízes para a totalidade das entrevistas foi de .82, tendo variado entre .65 e .98.

Nas 60 entrevistas do grupo clínico (grupo 3), o acordo médio inter-juízes para o total de entrevistas foi de .78, tendo sido necessário um terceiro juiz em 33.3% das transcrições (N=20). O acordo médio variou entre .65 e .98, para o total de entrevistas.

Método dos episódios emocionais – *MEE* (Korman, 1991; 1998)

A necessidade de avaliar os esquemas emocionais disfuncionais dos pacientes na psicoterapia conduziu ao desenvolvimento do *Método dos Episódios Emocionais* (Korman, 1991, 1998). Este método procurou, inicialmente, operacionalizar e avaliar os esquemas emocionais que correspondem ao mecanismo básico gerador da experiência emocional e são responsáveis pelas estruturas de significação individuais (Greenberg & Safran, 1987). A partir deste método, procurou-se então medir as mudanças ocorridas no relato de emoções de pacientes deprimidos, ao longo da psicoterapia e, ainda, explorar e descrever a natureza dessas mudanças e verificar até que ponto se observariam mudanças nos esquemas emocionais dos pacientes. Em síntese, este método permitiu representar a distribuição de experiências emocionais dos clientes e as suas mudanças, no início e no fim da psicoterapia. A lista original de palavras emocionais, que integra também o nosso método, foi construída a partir da hierarquia de emoções básicas, proposta por Shaver et al., (1987).

Na sua versão original, o *Método dos Episódios Emocionais* (*MEE*) consiste em identificar e demarcar segmentos do discurso dos pacientes durante a psicoterapia, onde se verifica o relato de episódios emocionais e suas componentes: emoções e/ou tendências para a acção, avaliações do *self* ou da situação e necessidades (Korman, 1991).

Com a sua aplicação no contexto da *AAI*, procura-se identificar, no discurso do indivíduo, a presença de emoções em resposta a uma situação, tendo subjacentes as

questões na AAI que correspondem a situações críticas do ponto de vista da vinculação, nomeadamente *Situações-Problema*, *Doenças*, *Separações*, *Rejeições*, *Ameaças* e *Perdas*. As questões críticas da vinculação caracterizam-se do seguinte modo:

Situações-Problema – Acontecimentos relativos a situações na infância em que o sujeito se sentiu arreliado ou aborrecido, em que teve problemas, em que se sentiu triste ou infeliz, e as acções do sujeito e o papel dos pais nessas situações (ex. Quando tinha problemas em criança, o que fazia?).

Doenças – Situações na infância em que o sujeito se magoou, sofreu acidentes ou teve doenças, e quem cuidou dele nestas situações (ex. Recorda-se também de algum episódio relacionado com doenças durante a infância?).

Separações – Situações passadas e recentes de separação relativamente aos pais, e reacções do sujeito e dos pais à separação (ex. Lembra-se da primeira vez que se separou dos seus pais? Quando foi e porquê?).

Rejeições – Momentos na infância em que o sujeito se sentiu rejeitado pelos pais e explicações para o comportamento dos pais, incluindo ainda momentos em que o sujeito se sentiu assustado ou preocupado em criança (ex. Durante a infância, alguma vez se sentiu rejeitado(a) pela mãe ou pelo pai?).

Ameaças – Situações de ameaça dos pais ou de outras pessoas fora da família, situações de abuso ou de maus-tratos (ex. os pais ameaçam que deixam de gostar do filho, que o põem fora de casa, que deixam de falar com ele), reacções do sujeito a estas circunstâncias e o seu impacto no desenvolvimento (ex. Alguma vez o pai ou a mãe o(a) ameaçaram de algum modo, por disciplina, ou até por brincadeira?).

Perdas – Situações passadas e presentes de falecimento de pessoas da família ou significativas, reacções à perda, sentimentos perante a situação e impacto no desenvolvimento (ex. Durante a sua infância, houve alguém importante para si que tenha falecido, por exemplo, um irmão ou um membro próximo da sua família?).

Posteriormente, procedeu-se à criação de medidas compósitas dos episódios emocionais nas questões críticas da vinculação, para a totalidade da amostra (N=100). As duas medidas entretanto criadas foram designadas por *episódios emocionais em questões normativas da vinculação* e *episódios emocionais em questões não-normativas da vinculação*.³

³ Do ponto de vista conceptual, as questões normativas da vinculação incluem acontecimentos de vida que ocorrem *necessariamente* durante o processo de desenvolvimento dos indivíduos, como são as

Os episódios emocionais, quanto à sua orientação, são classificados em episódios emocionais *self*, sempre que o episódio se refere à experiência emocional do próprio sujeito, mesmo que possa usar o plural para se referir a essa experiência e nela se inclua. Os episódios emocionais são relativos aos *outros*, quando o sujeito se centra em emoções experienciadas por pessoas significativas, em resposta a situações em que o sujeito está envolvido. Os episódios são classificados como *outros-outros*, sempre que o sujeito se refere à experiência emocional entre outros sujeitos, na descrição de acontecimentos em que está envolvido emocionalmente.

No que respeita às palavras emocionais, estas são assinaladas nas respostas dos indivíduos às questões referidas, em resposta a uma situação, e depois classificadas em seis categorias emocionais básicas: *Amor*, *Tristeza*, *Raiva*, *Medo*, *Alegria*, *Culpa-Vergonha* e uma adicional - *Indeterminada*. Estas categorias caracterizam-se por:

Amor – Conjunto de palavras emocionais que simbolizam um sentido de bem-estar do sujeito, que é personalizado e atribuído à presença ou existência do objecto amado. O sujeito sente-se excitado e enérgico e procura o contacto social, mas um contacto específico. A pessoa deseja ver e estar junto do objecto amado para comunicar os seus sentimentos. O amor consiste numa forma personalizada de alegria, tendendo os sujeitos a ver apenas o lado positivo das coisas e a sentirem-se invulneráveis, mas relatam sentimentos de confiança, e segurança quando estão na presença ou quando pensam sobre da pessoa amada, o que implica menor actividade do que na alegria (ex. desejo, atracção, carinho, gratidão).

Tristeza – Conjunto de palavras emocionais em que, ao contrário do medo, a situação de ameaça já foi concretizada e a pessoa experimentou um resultado indesejável, como por exemplo a perda de uma relação ou a rejeição social. O sujeito fica desprotegido e impotente para mudar as circunstâncias desagradáveis, torna-se inactivo, letárgico e evita o contacto social. A tristeza conduz o indivíduo numa

situações-problema, doenças e separações. Pelo contrário, as questões não-normativas da vinculação correspondem a acontecimentos de vida *extraordinários* no desenvolvimento dos indivíduos, designadamente as rejeições, as ameaças e as perdas. Em particular, as rejeições e as ameaças, ao constituírem padrões disfuncionais de funcionamento familiar, podem ter um efeito patogénico no desenvolvimento da personalidade (Bowlby, 1988a), e contribuir assim para a psicopatologia. As perdas podem também surgir associadas a resultados desenvolvimentais patológicos quando, com os processos de luto iniciados após a perda, interagem condições ambientais adversas (Bowlby, 1973).

direcção negativa, levando-o a pensar exclusivamente nos aspectos desagradáveis dos acontecimentos (ex.. abatimento, derrota, desilusão, mágoa).

Raiva – Conjunto de palavras emocionais que significam que algo interfere negativamente com a execução dos planos ou dos objectivos do sujeito, ao reduzir o seu poder, ao violar as expectativas, frustrando ou interrompendo as suas actividades no sentido de determinados objectivos. A situação é ilegítima, portanto, contrária ao que devia ser e a pessoa sente-se mais forte e enérgica para rectificar a injustiça (ex. farto, cólera, ciúme, desdém).

Medo – Conjunto de palavras emocionais que correspondem a interpretações de acontecimentos, como potencialmente perigosos ou ameaçadores para o sujeito e que consistem numa antecipação de dano físico, perda, rejeição ou fracasso, e ainda factores situacionais, uma situação nova por exemplo, que tornam o sujeito vulnerável e desprotegido, embora vigilante e activo, mas sem capacidade para lidar eficazmente com a situação (ex. sobressalto, aflição, pânico, alarme).

Alegria – Conjunto de palavras emocionais que significam que o sujeito obteve algo desejado ou desejável, correspondendo a um ganho ou ao sucesso no domínio da realização ou no domínio social. A pessoa procura o contacto dos outros e tende a comunicar e a partilhar os seus sentimentos positivos, o que a torna enérgica e activa, centrando-se numa apresentação positiva, no lado claro das coisas e sentindo-se invulnerável em face dos problemas (ex. esperança, entusiasmo, boa-disposição, êxtase).

Culpa-Vergonha - Conjunto de palavras emocionais que revelam a vulnerabilidade e a responsabilização do indivíduo, devido à sua excessiva exposição ou à transgressão de normas sociais ou morais. A integração desta emoção deve-se à sua relevância clínica. (ex. remorso, humilhação, embaraço, arrependimento).

Indeterminada – Conjunto de palavras emocionais de carácter indefinido, e por vezes confuso, que poderiam ser incluídas em mais do que uma categoria emocional, o que revela a sua falta de especificidade. Correspondem a estados indiferenciados que parecem estar próximos de sensações corporais (ex. mal-estar, chateado, assoberbado, perturbado, desorientado).

Procedeu-se, igualmente, à criação de medidas compósitas dos episódios emocionais classificados por categorias emocionais, para a totalidade da amostra (N=100). As duas medidas entretanto criadas ficaram com a seguinte denominação: *episódios emocionais de valência positiva* (episódios emocionais Amor e Alegria) e

episódios emocionais de valência negativa (episódios emocionais tristeza, raiva, medo e culpa-vergonha)⁴. Uma terceira medida consistiu nos *episódios emocionais indeterminados* (episódios emocionais com esta designação).

Com o método dos episódios emocionais avaliámos os episódios emocionais nas questões críticas da vinculação, os episódios emocionais *self*, outros e entre os outros, e os episódios emocionais por valência. Dado que, na AAI, os sujeitos relataram diferente número de episódios emocionais, optou-se nas análises por utilizar proporções. Devido à natureza proporcional destas variáveis, procedeu-se a uma transformação loglinear das mesmas (Kirk, 1982). As variáveis compósitas, referidas anteriormente, foram criadas com base nesta transformação loglinear das variáveis.

O desenvolvimento deste método (versão 2.0) foi levado a cabo por uma equipa de colaboradores do Grupo de Estudos da Vinculação, que foi alvo de formação, e elaborou um manual com indicações úteis para apoiar a identificação e classificação dos episódios emocionais (Neves, Machado, Soares, Fonseca, Dias, Alves, Barros, Felgueiras, Klein, Ramalho, & Martins, 2005a). Tendo por objectivo a cotação e classificação dos episódios emocionais, as entrevistas do presente estudo, com a selecção de questões e respostas sujeitas a avaliação, foram distribuídas por juízes que tinham sido sujeitos a formação.

Com vista a obter o acordo inter-observadores, foram calculadas as percentagens de acordo entre dois juízes independentes, previamente treinados, quanto à existência dos mesmos episódios emocionais por questão (número e qualidade), em 20% das entrevistas do grupo não-clínico (N=4), em 20% das entrevistas do grupo 2 (N=4) e em 20% das entrevistas do grupo 3 (N=12). Verificou-se que, no grupo 1, a média da percentagem de acordo foi de 96.6%, tendo variado entre 90% na questão *Separações* e 100% nas questões *Situações-Problema*, *Doenças*, *Rejeições* e *Ameaças*. No grupo 2, a média da percentagem de acordo foi de 88.5%, tendo variado entre 72.6% na questão *Separações* e 100% nas questões *Situações-Problema*, *Outros Adultos e Relação Actual*. A média da percentagem de acordo no grupo 3 foi de 80.7%, tendo variado entre 70.0% na questão *Situações-Problema* e 89,6% na questão das *Doenças*.

⁴ Do ponto de vista conceptual, baseamo-nos no conceito de *valência*, no sentido em que as emoções revelam disposições no indivíduo que permitem que os acontecimentos sejam *avaliados* como agradáveis ou desagradáveis (Bowlby, 1969/1984), desencadeando um afecto positivo ou negativo (Solomon & Stone, 2002).

Método da compreensão emocional - MCE (Neves, Soares, Machado, Fonseca, Dias, Alves, Barros, Felgueiras, Klein, Ramalho & Martins, 2005b)

O *Método da Compreensão Emocional (MCE)* inspirou-se sobretudo no método de avaliação da compreensão social e emocional (Steele, Steele, & Johansson, 2002), na escala da coerência que integra o sistema de cotação da vinculação (Main & Goldwyn, 1998), nas escalas adaptativas do *Roberts Apperception Test for Children* da Identificação do Problema e de Resolução do Problema - níveis 1, 2 e 3 (Roberts, 1994) e nas abordagens narrativas (Gonçalves, 2000).

Na linha do método da compreensão social e emocional desenvolvido por Steele, Steele e Johansson (2002), dirigido a crianças e pré-adolescentes, procurou-se elaborar um método semelhante para sujeitos com e sem patologia alimentar. Como se pretendia um método destinado a jovens e adultos, foram integradas nas escalas dimensões que do ponto de vista psicológico considerámos relevantes. Assim, na escala do *Reconhecimento da perturbação*, incluímos elementos constitutivos da Identificação do Problema (Roberts, 1994) e da estrutura da matriz narrativa, em particular os índices da coerência narrativa – orientação, sequência estrutural, comprometimento avaliativo e integração (Gonçalves & Henriques, 2000). Na escala da *Resolução da perturbação*, integrámos o conceito de coerência do método de cotação da vinculação (Main & Goldwyn, 1998) e os diferentes níveis de Resolução do Problema (Roberts, 1994).

O *Método da Compreensão Emocional (MCE)* procura avaliar na AAI, até que ponto os indivíduos resolvem de modo coerente situações de perturbação emocional presentes em questões críticas da vinculação. O MCE consiste na aplicação de duas escalas – *Reconhecimento da perturbação* e *Resolução da perturbação* –, avaliadas através de uma escala de Likert de 4 pontos (*Sem evidência (0)* a *Evidência marcada (3)*) às seguintes questões da AAI: *Situações-Problema*, *Doenças*, *Separações*, *Rejeições*, *Ameaças* e *Perdas*. A caracterização destas questões é semelhante à apresentada antes para o MEE.

A escala do *Reconhecimento da perturbação* avalia a capacidade do indivíduo reconhecer a perturbação face a situações críticas da vinculação, com base em dois elementos: a activação emocional expressa numa determinada situação crítica e a capacidade para identificar e contextualizar a perturbação. A activação emocional

significa que o indivíduo se sente afectado pela situação, é relativa à questão que está em análise e envolve emoções reveladoras de uma abordagem directa da situação-problema. Por sua vez, a contextualização da perturbação significa que existe um episódio específico onde o indivíduo apresenta, pelo menos, 4 indicadores de contextualização dos seguintes: onde, quando, como, o quê e com quem.

A escala *Resolução da perturbação* avalia a capacidade do indivíduo para elaborar e resolver, de modo coerente, a perturbação expressa em situações críticas da vinculação, integrando também o tipo de resolução que apresenta para a situação perturbadora. Uma cotação mais elevada nesta escala depende da coerência que o sujeito revela na resposta, de procurar activamente uma resolução para a perturbação, de apresentar o processo dessa resolução e, ainda, de explicitar formas de elaboração interna da perturbação, como por exemplo desenvolver um princípio geral para o comportamento futuro ou generalizar a resolução a outras experiências ou dimensões da existência.

O valor da *Compreensão emocional* corresponde à soma do Reconhecimento da perturbação e da Resolução da perturbação.

À semelhança do que foi realizado com o *MEE* e com base no quadro de referência teórico, procedeu-se à criação de medidas compósitas do Reconhecimento da perturbação nas questões críticas da vinculação, para a totalidade da amostra (N=100). As duas medidas foram designadas por *Reconhecimento em questões normativas da vinculação* e *Reconhecimento em questões não-normativas da vinculação*. O mesmo procedimento foi efectuado para a Resolução da perturbação nas questões críticas da vinculação. As duas medidas foram designadas por *Resolução em questões normativas da vinculação* e *Resolução em questões não-normativas da vinculação*.

Com base no procedimento referido e tendo em conta as questões normativas e não-normativas da vinculação, foram ainda criadas as seguintes variáveis: *Compreensão emocional em questões normativas da vinculação* e *Compreensão emocional em questões não-normativas da vinculação*⁵.

⁵ A justificação conceptual para a criação destas medidas - Reconhecimento da perturbação, Resolução da perturbação e Compreensão emocional - em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação é semelhante à apresentada para os Episódios emocionais. Recorde-se que as questões normativas da vinculação incluem acontecimentos de vida que ocorrem *necessariamente* durante o processo de desenvolvimento dos indivíduos (situações-problema, doenças e separações). Pelo

À semelhança do método dos episódios emocionais, o *MCE* foi desenvolvido por um conjunto de colaboradores do Grupo de Estudos da Vinculação (Neves, Soares, Machado, Fonseca, Dias, Alves, Barros, Felgueiras, Klein, Ramalho, & Martins, 2005b), que foi alvo de formação, e elaborou um manual com sugestões úteis para avaliar o grau de evidência dos aspectos relativos à cotação das escalas.

O cálculo do acordo inter-juízes foi realizado com base nas cotações efectuadas por juízes que tinham recebido formação para o efeito, tendo por base o conjunto de questões e respostas das entrevistas da vinculação previamente seleccionadas.

O acordo foi calculado em cada uma das escalas, para cada questão crítica da vinculação, num grupo não-clínico (grupo 1) e em dois grupos clínicos (grupo 2 e grupo 3), a partir do procedimento designado por *correlação intra-classes* (Martins & Machado, 2006), em 20% dos sujeitos do grupo não-clínico (N=4), do grupo 2 (N=4) e do grupo 3 (N=12). Nas questões da vinculação, onde o acordo não foi obtido inicialmente, procedeu-se à discussão entre os juízes. Estes casos que são referidos a seguir.

Na escala do *Reconhecimento da perturbação* o acordo variou, no grupo não-clínico, entre .75 na questão *Situações Problema* e 1.00 na questão *Ameaças*. O acordo, no grupo 2, variou entre .73 na questão *Separações* e 1.00 nas questões *Ameaças* e *Perdas*. No grupo 3, o acordo variou entre .81 na questão *Separações* e .96 na questão *Situações Problema*.

Na escala da *Resolução da perturbação*, o acordo, no grupo não-clínico, variou entre .84 na questão *Separações* e .96 na questão *Ameaças*, tendo o acordo nas questões *Situações-Problema* e *Separações*, respectivamente de .95 e .84, sido obtido após discussão entre os juízes. No grupo 2, o acordo variou entre .84 na questão *Ameaças* e 1.00 nas questões *Situações-Problema*, *Doenças* e *Perdas*, sendo que o valor do acordo na questão *Situações-Problema* foi obtido após discussão entre os juízes. O acordo, no grupo 3, variou entre .78 na questão *Separações* e 1.00 na questão *Perdas*. O acordo nas questões *Doenças* e *Ameaças*, respectivamente de .92 e .95, foi obtido após discussão entre os juízes.

contrário, as questões não-normativas da vinculação correspondem a acontecimentos de vida *extraordinários* no desenvolvimento dos indivíduos (rejeições, ameaças e perdas).

Ficha de Triagem

A ficha de triagem, preenchida pelos clínicos das instituições participantes na recolha de dados para o projecto *COST B-6* e *AKQUASI*, consiste numa breve listagem das categorias diagnósticas e respectivos critérios de diagnóstico para as perturbações alimentares, de acordo com o DSM-IV (APA, 1996). O terapeuta refere em que categorias diagnósticas e respectivos subtipos inclui o seu paciente (Anorexia Nervosa do tipo Restritivo ou do tipo Ingestão Compulsiva/Purgativo; Bulimia Nervosa do tipo Purgativo ou do tipo Não-Purgativo; Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação; ou outro), e especifica os critérios de diagnóstico que o paciente apresenta.

Symptom Checklist 90-Revised – SCL 90-R (Derogatis, 1977)

O *SCL-90-R* (Derogatis, 1977) é um instrumento de auto-relato de natureza multidimensional, construído para avaliar a psicopatologia e o mal-estar psicológico. Este instrumento é composto por 90 itens, avaliados numa escala tipo *Likert* de cinco pontos que se referem a diferentes níveis de mal-estar, variando entre 0 (“nunca”) e 4 (“extremamente”). O *SCL-90-R* é cotado e interpretado em termos de nove dimensões primárias de sintomas e três índices globais.

As nove dimensões primárias são: Somatização, Obsessões Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo, que foram descritas por Derogatis, Rickels e Rock (1976) do seguinte modo:

Somatização (12 itens) – Mal-estar relacionado com percepções do funcionamento corporal, expressa em queixas do sujeito relativas ao sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou outro sistema com mediação autonómica (isto é, dores de cabeça, dor ou desconforto localizado na musculatura ou outros equivalentes somáticos da ansiedade).

Obsessões Compulsões (10 itens) – Sintomas identificados com a Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Consiste em pensamentos, impulsos e acções de natureza ego-

distónica, experienciados como persistentes e intrusivos, e em comportamentos de natureza cognitiva mais geral.

Sensibilidade Interpessoal (9 itens) – Sentimentos de inferioridade e inadequação na relação com os outros, como a auto-depreciação, embaraço e desconforto intenso bem como a auto-consciência e expectativas negativas face ao comportamento interpessoal e às percepções dos outros a seu respeito.

Depressão (13 itens) – Sintomas que reflectem as manifestações clínicas da Depressão, como os sintomas de afecto e humor disfórico (isto é, falta de motivação, falta de energia vital, entre outros) e outros correlatos cognitivos e somáticos da depressão (isto é, sentimentos de perda de esperança, pensamentos de suicídio).

Ansiedade (10 itens) – Sinais gerais de ansiedade que incluem nervosismo, tensão, tremuras, ataques de pânico, sentimentos de terror, apreensão, pavor e alguns correlatos somáticos da ansiedade.

Hostilidade (6 itens) – Pensamentos, sentimentos ou acções característicos do estado afectivo negativo da cólera, como a agressão, irritação, raiva e ressentimento.

Ansiedade Fóbica (7 itens) – Manifestações mais disruptivas do comportamento fóbico, consistindo numa resposta de medo persistente, irracional e desproporcionada a uma pessoa, espaço, objecto ou situação específica, que leva ao evitamento e ao comportamento de fuga.

Ideação Paranóide (6 itens) – Comportamento paranóide, como modo desorganizado de pensar, apresentando pensamentos projectivos, hostilidade, desconfiança, grandiosidade, egocentrismo, medo de perda da autonomia e delírio.

Psicoticismo (10 itens) – Contínuo desde a alienação interpessoal até à manifestação dramática da psicose. Itens de isolamento, estilo devida esquizóide, sintomas primários da esquizofrenia.

Para além das sub-escalas referidas, existem sete itens adicionais com significado clínico, que não se incluem em nenhuma das dimensões primárias, mas que são tidos em conta no cálculo dos três índices globais e podem ajudar a definir o perfil do sujeito.

Os três índices globais são medidas complementares que se relacionam com aspectos do mal-estar psicológico e o estatuto psicopatológico geral, representando aspectos diferentes de psicopatologia. Assim, o Índice Geral de Sintomas combina a informação do número de sintomas com a sua intensidade, o Número de Sintomas

Positivos indica o número de sintomas presentes e o Índice de Sintomas Positivos é uma medida da intensidade ajustada para o número de sintomas presentes.

Vários estudos clínicos e de investigação empírica já publicados fornecem uma boa evidência da sua fidelidade, validade e utilidade ao nível comunitário, médico e psiquiátrico (Aikens, 1999; Goreczny, Nussbaum, & Hadda, 1998; Schauenburg & Strack, 1988; Woessner & Caplan, 1995). Tem sido usado no estudo das mais variadas perturbações psiquiátricas, incluindo as perturbações do comportamento alimentar (Buddeberg, Bernet, Schmid, & Buddeberg, 1997), podendo ser também usado com objectivos de triagem no contexto clínico, ou como medida para a avaliação dos resultados do tratamento, devido à sua sensibilidade aos diferentes tipos de intervenção terapêutica e à sua capacidade de medir variações significativas nos níveis de mal-estar psicológico e psicopatológico. Quanto às suas características psicométricas, o *SCL-90-R* apresenta níveis elevados tanto de consistência interna, como de fidelidade teste-reteste (Derogatis, 1977; Derogatis & Cleary, 1977a,b; Derogatis, Rickels, & Rock, 1976).

A versão portuguesa deste questionário foi elaborada por Baptista (1993), tendo o estudo psicométrico realizado permitido obter valores elevados de consistência interna, com valores de *Alpha de Cronbach*, que variaram entre 0.74 e 0.97, e de estabilidade teste-reteste, em todas as sub-escalas do instrumento.

Num estudo recente, foram apresentados pontos de corte a partir de dados provenientes de investigações anteriores com sujeitos da população clínica, onde se incluíam sujeitos com perturbações alimentares e sujeitos da população não-clínica. O ponto de corte calculado em relação ao Índice Geral de Sintomas (o principal indicador da severidade dos sintomas) foi de 1.23 (Machado, 2003).

Eating Disorders Inventory – EDI (Garner, Olmsted & Polivy, 1983)

O *EDI* (Garner, Olmsted, & Polivy, 1983) é um instrumento de auto-relato construído com o objectivo de medir determinados traços psicológicos e perfis de sintomas considerados relevantes para a compreensão e tratamento das perturbações alimentares. Esta medida consiste em 64 itens, cuja resposta é efectuada através de uma escala tipo *Likert* de 6 pontos (entre “sempre” e “nunca”), e que se encontram

agrupados em 8 sub-escalas que avaliam diferentes aspectos das perturbações do comportamento alimentar. Três medem atitudes e comportamentos relacionados com a alimentação, peso e forma – Impulso para emagrecer, Bulimia, Insatisfação corporal; as cinco restantes avaliam traços psicológicos clinicamente relevantes para as perturbações alimentares - Ineficácia, Perfeccionismo, Desconfiança interpessoal, Consciência interoceptiva e Medos da maturidade.

Em seguida, descrevemos sucintamente cada uma das sub-escalas:

Impulso para Emagrecer (7 itens) – Preocupação excessiva com a dieta alimentar e com o peso, reflectindo uma intensa motivação para perder peso ou medo de ganhar peso.

Bulimia (7 itens) – Tendência para pensar acerca de ou para se envolver numa alimentação compulsiva (isto é, episódios de ingestão alimentar compulsiva).

Insatisfação Corporal (9 itens) – Insatisfação com a forma geral e com o tamanho das regiões do corpo (isto é, estômago, ancas, coxas, nádegas), percebidas pelos pacientes com perturbações alimentares como sendo mais largas ou gordas. Aspecto de distorção da imagem corporal.

Ineficácia (10 itens) – Sentimentos de inadequação geral, insegurança, desvalorização, vazio e falta de controlo sobre a própria vida. Relação com o auto-conceito.

Perfeccionismo (6 itens) – Crença de que só os níveis mais elevados de realização são aceitáveis e crença de que a expectativa dos outros é de uma realização que supere as suas expectativas

Desconfiança Interpessoal (7 itens) – Sentimentos gerais de alienação e relutância em se envolver em relações de maior proximidade bem como relutância em expressar os seus sentimentos ou pensamentos aos outros.

Consciência Interoceptiva (10 itens) – Dificuldade em reconhecer e responder de forma adequada a estados emocionais e em identificar sensações viscerais relacionadas com a fome e a saciação.

Medos da Maturidade (8 itens) – Desejo de refúgio na segurança da infância.

O presente estudo utilizou a versão portuguesa deste inventário (Gonçalves, 1998), que foi alvo de um estudo de validação (Machado, Gonçalves, Martins, & Soares, 2001). Este estudo psicométrico permitiu concluir existirem bons indicadores de fidelidade e validade da escala para utilização junto da população portuguesa. No que se refere à fidelidade, os valores de *Alpha de Cronbach* variaram entre 0.69 (sub-escala do

Perfeccionismo) e 0.93 (total da escala). Em relação à validade, foi realizada uma análise factorial exploratória que replicou a estrutura referida pelos autores do instrumento e foram efectuadas análises de diferenças de médias entre uma amostra clínica e uma amostra da população normal, que indicaram uma boa validade discriminante. O estudo de validação nacional permitiu também calcular um valor de ponto de corte para o valor total do *EDI* - 43 pontos – que permite distinguir a população clínica da população não-clínica (Machado et al., 2001).

3.3 Procedimentos de recolha e tratamento dos dados

No que se refere à recolha e tratamento dos dados, os sujeitos da amostra foram recrutados para este estudo com base nos critérios assinalados anteriormente. Em relação à amostra clínica, numa fase inicial, o médico que acompanhava as pacientes informou-as do estudo em curso e convidou-as a participar. Quando estas manifestaram interesse, o médico preencheu uma folha de triagem com o diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar e tipo respectivo, de acordo com o DSM-IV (APA, 1996). Numa segunda fase, foi estabelecido um contacto com as pacientes no sentido de solicitar a sua colaboração, tendo esta sido expressa com a assinatura de uma declaração de consentimento, onde estavam identificados os objectivos gerais do projecto de investigação bem como a confidencialidade e ainda a utilização exclusiva dos dados para fins de investigação.

Os instrumentos de auto-relato *SCL-90* e *EDI* foram administrados no âmbito dos projectos internacionais que as pacientes já integravam – o projecto *COST B-6* e o projecto *AKQUASI*.

A recolha de dados da amostra não-clínica decorreu entre Junho e Julho de 1989; a recolha do grupo clínico decorreu entre finais de 1997 e Dezembro de 2006. As entrevistas tiveram lugar no Porto, em Braga e em Coimbra.

Para o tratamento estatístico dos dados, recorremos ao programa *SPSS*, versão 14.0.

CAPÍTULO 4:

RESULTADOS DO PRIMEIRO ESTUDO: VINCULAÇÃO, EPISÓDIOS EMOCIONAIS E COMPREENSÃO EMOCIONAL NUM GRUPO COM PERTURBAÇÕES ALIMENTARES E NUM GRUPO NÃO-CLÍNICO

Em seguida, apresentamos os resultados do primeiro estudo, cujo objectivo consiste em avaliar as diferenças entre o grupo clínico e não-clínico no que se refere à vinculação, episódios emocionais e compreensão emocional. São também examinadas as relações entre vinculação e episódios emocionais, vinculação e compreensão emocional, e episódios emocionais e compreensão emocional no grupo clínico e no grupo não-clínico, separadamente. Finalmente, são incluídos os resultados relativos aos preditores de pertença ao grupo clínico vs. grupo não-clínico.

1. VINCULAÇÃO NO GRUPO CLÍNICO E NO GRUPO NÃO-CLÍNICO

1.1 Representação da Vinculação

O Quadro 3 apresenta a distribuição da representação da vinculação no grupo clínico e não-clínico.

Quadro 3**Representação da vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico**

Grupos	Representação da vinculação	N	(%)
Não-clínico	Seguro	12	(60.0)
	Inseguro	8	(40.0)
	Total	20	(100.0)
Clínico	Seguro	7	(35.0)
	Inseguro	13	(65.0)
	Total	20	(100.0)

$\chi^2(1)=1.61, p=.205$

No grupo não-clínico, 60% dos sujeitos são seguros (N=12) e 40% são inseguros (N=8). No grupo clínico, 65% são sujeitos com uma representação insegura (N=13) e apenas 35% dos sujeitos possuem uma representação segura (N=7).

Não se observa, a partir da análise do Quadro 3, uma associação significativa entre a representação da vinculação e o grupo clínico e não-clínico ($\chi^2(1)=1.61, n.s.$).

1.2 Padrões de Vinculação

O Quadro 4 apresenta a distribuição dos padrões de vinculação no grupo clínico e não clínico.

Quadro 4**Padrões de vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico**

Grupos	Padrões de vinculação	N	(%)
Não-clínico	Seguro	12	(60.0)
	Desligado	6	(30.0)
	Preocupado	2	(10.0)
	Total	20	(100.0)
Clínico	Seguro	7	(35.0)
	Desligado	3	(15.0)
	Preocupado	10	(50.0)
	Total	20	(100.0)

$\chi^2(2)=7.649; p=.022$

No grupo não-clínico, 60% dos sujeitos são seguros (N=12). Em relação aos sujeitos inseguros, 30% apresentam um padrão preocupado (N=6) e 10% um padrão desligado (N=2). No grupo clínico, 50% dos sujeitos tem um padrão preocupado (N=10) e 15% um padrão desligado (N=3). Apenas 35% dos sujeitos apresenta uma representação segura (N=7).

Observa-se uma associação significativa entre os padrões de vinculação e o grupo clínico e não-clínico ($\chi^2(2)=7.649$, $p<.05$). O grupo não-clínico tem uma percentagem de sujeitos seguros e de sujeitos desligados superior à do grupo clínico. O grupo clínico, por sua vez, possui uma percentagem de sujeitos preocupados superior ao grupo não-clínico (Quadro 4).

1.3 Mega-itens da vinculação

Com vista a analisar as diferenças entre o grupo clínico e o grupo não-clínico em relação aos mega-itens, foi realizada uma análise multivariada da variância (MANOVA) para três grupos de mega-itens.

O Quadro 5 apresenta os resultados dessa análise para o primeiro grupo de mega-itens – Mãe base segura (MBS), Mãe disponível (MD), Pai disponível (PD), Pai rigoroso (PR) e Ruptura familiar (RF).

Quadro 5

Mega-itens da vinculação – MBS, MD, PD, PR e RF no grupo clínico e não-clínico

Mega-itens da vinculação	Grupos	N	Média	DP	F (1.38)	p
Mãe base segura	Não-clínico	20	29.33	5.40	11.458	.002
	Clínico	20	23.53	5.44		
Mãe disponível	Não-clínico	20	74.80	13.57	2.392	.130
	Clínico	20	67.60	15.79		
Pai disponível	Não-clínico	20	61.10	11.21		

Mega-itens da vinculação	Grupos	N	Média	DP	F (1.38)	p
Pai rigoroso	Clínico	20	53.70	11.08	4.411	.042
	Não-clínico	20	33.38	8.07		
	Clínico	20	38.25	8.34	3.527	.068
Ruptura familiar	Não-clínico	20	27.45	6.83	19.681	.000
	Clínico	20	37.00	6.79		

A partir da análise de variância (MANOVA), verificaram-se diferenças significativas entre os mega-itens, em função do grupo clínico e do grupo não-clínico (Wilks' Lambda= .563, $F(5.34) = 5.273$; $p=.001$).

Os testes univariados (Quadro 5) revelaram diferenças significativas entre o grupo clínico e o grupo não-clínico, nos mega-itens Mãe base segura ($F(1.38)= 11.458$, $p<.005$), Pai disponível ($F(1.38)= 4.411$, $p<.05$) e Ruptura familiar ($F(1.38)= 19.681$, $p<.001$). No mega-item Mãe base segura, a média no grupo não-clínico ($M=29.33$; $DP=5.40$) foi superior à do grupo clínico ($M=23.53$; $DP=5.44$). No mega-item Pai disponível, a média no grupo não-clínico ($M= 61.10$; $DP=11.21$) foi superior à do grupo clínico ($M= 53.70$; $DP=11.08$). No mega-item Ruptura familiar, a média no grupo não-clínico ($M= 37.00$; $DP=6.79$) foi superior à do grupo clínico ($M= 27.45$; $DP=6.83$). Comprovou-se, ainda, uma tendência estatística para a existência de diferenças no mega-item Pai rigoroso ($F(31)= 3.527$, $p=.068$) com o grupo clínico a apresentar valores mais elevados do que o grupo não-clínico.

Não se verificaram diferenças significativas em relação ao mega-item Mãe disponível.

O Quadro 6 apresenta a análise de variância multivariada (MANOVA) para o segundo grupo de mega-itens - Preocupado (P), Desligado (D) e Coerência (C).

Quadro 6**Mega-itens da vinculação – P, D, C no grupo clínico e não-clínico**

Mega-itens da vinculação	Grupos	N	Média	DP	F (1.38)	p
Preocupado	Não-clínico	20	79.75	29.06	3.374	.074
	Clínico	20	96.25	27.73		
Desligado	Não-clínico	20	62.95	21.53	.125	.726
	Clínico	20	65.00	14.49		
Coerência	Não-clínico	20	139.98	50.78	.062	.805
	Clínico	20	143.75	45.00		

A análise de variância (MANOVA) mostrou existirem diferenças significativas entre os mega-itens, em função do grupo clínico e do grupo não-clínico (Wilks' Lambda= .802, $F(3.36) = 2.970$; $p=.045$).

A partir de testes univariados (Quadro 6), observou-se uma tendência estatística para a existência de diferenças no mega-item Preocupado ($F(1.38)= 3.374$, $p=.074$), com o grupo clínico a apresentar valores mais elevados do que o grupo não-clínico. Não se verificaram diferenças significativas em relação aos mega-itens Desligado e Coerência.

Foi realizada uma análise de variância multivariada (MANOVA) para o terceiro grupo de mega-itens Mãe rigorosa (MR), Emaranhamento familiar (EF) e Rejeição parental (RP), identificados por Pinho (2000). Esta análise é apresentada no Quadro 7.

Quadro 7**Mega-itens da vinculação – MR, EF e RP no grupo clínico e não-clínico**

Mega-itens da vinculação	Grupos	N	Média	DP	F (1.38)	p
Mãe rigorosa	Não-clínico	20	22.03	4.23	1.491	.230
	Clínico	20	24.00	5.86		
Emaranhamento familiar	Não-clínico	20	66.20	13.82	13.433	.001
	Clínico	20	81.52	12.60		
Rejeição parental	Não-clínico	20	83.73	24.83	.288	.594
	Clínico	20	87.40	17.89		

A análise de variância (MANOVA) verificou a existência de diferenças significativas entre os mega-itens, em função do grupo clínico e do grupo não-clínico (Wilks' Lambda=.689, $F(3.36) = 5.422$; $p=.004$).

Com base nos testes univariados (Quadro 7), constataram-se diferenças significativas entre o grupo clínico e o grupo não-clínico, no mega-item Emaranhamento familiar ($F(1.38) = 13.433$, $p<.005$). A média no grupo clínico ($M=81.52$; $DP=12.60$) foi superior à do grupo não-clínico ($M=66.20$; $DP=13.82$).

Não se verificaram diferenças significativas em relação aos mega-itens Mãe Rigorosa e Rejeição Parental.

1.4 Estratégias de Vinculação

As relações entre as estratégias de vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico são apresentadas no Quadro 8.

Quadro 8**Estratégias de vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico**

Estratégias	Grupo	N	Média	DP	F (1.38)	p
Segurança-insegurança	Não-clínico	20	0.16	0.69	1.378	.248
	Clínico	20	-0.06	0.52		
Desactivação-hiperactivação	Não-clínico	20	0.00	0.28	5.171	.029
	Clínico	20	-0.21	0.31		

A análise de variância (MANOVA) demonstrou existirem diferenças significativas entre as estratégias de vinculação, em função do grupo clínico e do grupo não-clínico (Wilks' Lambda= .796, $F(2.37) = 4.749$; $p=.015$).

Os testes univariados (Quadro 8) revelaram diferenças significativas entre o grupo clínico e o grupo não-clínico relativamente à estratégia Desactivação-hiperactivação ($F(1.38) = 5.171$, $p<.05$). O grupo clínico ($M=-.21$; $DP=.31$) apresenta um valor inferior nesta estratégia, em relação ao grupo não-clínico ($M=.00$; $DP=.28$), revelando assim uma maior aproximação ao pólo de hiperactivação. Os grupos não apresentam diferenças significativas em função da estratégia Segurança-insegurança.

2. EPISÓDIOS EMOCIONAIS NO GRUPO CLÍNICO E NO GRUPO NÃO-CLÍNICO

Os resultados relativos aos episódios emocionais foram organizados tendo como ponto de partida as medidas descritivas de frequência relativamente aos episódios nas questões críticas da vinculação, aos episódios *self*, outros e outros-outros e aos episódios emocionais por categorias emocionais. Recorde-se (cf. Cap. 3) que, a partir dos valores de frequência, foram calculadas proporções e, seguidamente, efectuadas transformações loglineares dos valores de proporção antes obtidos (Kirk, 1982). Foram depois criadas medidas compósitas para os episódios nas questões da vinculação e por valência, a partir das variáveis loglineares entretanto criadas. Por fim, com o objectivo

de analisar as diferenças entre o grupo clínico e não-clínico relativamente às variáveis referidas procedeu-se a análises de variância multivariada (MANOVA).

2.1 Episódios emocionais nas questões críticas da vinculação

São apresentadas, em seguida, as medidas descritivas dos episódios nas questões críticas da vinculação e a análise de variância multivariada, com o objectivo de comparar o grupo clínico e o grupo não-clínico em relação aos episódios emocionais em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação.

2.1.1 Frequência de episódios emocionais nas questões críticas da vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico: Medidas descritivas

As medidas descritivas da frequência de episódios emocionais nas questões críticas da vinculação no grupo clínico e não-clínico são referidas no Quadro 9.

Quadro 9

Medidas descritivas da frequência de episódios emocionais nas questões críticas da vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico

Episódios emocionais (EE)	Grupo	N	Min-Max	Mediana
EE situações-problema	Não-clínico	20	0-2	1.00
	Clínico	20	0-6	2.00
EE doenças	Não-clínico	20	0-9	1.00
	Clínico	20	0-9	1.50
EE separações	Não-clínico	20	0-7	1.50
	Clínico	20	0-13	3.50

Episódios emocionais (EE)	Grupo	N	Min-Max	Mediana
EE rejeições	Não-clínico	20	0-4	0.00
	Clínico	20	0-9	2.00
EE ameaças	Não-clínico	20	0-3	1.00
	Clínico	20	0-6	2.00
EE perdas	Não-clínico	20	0-6	1.50
	Clínico	20	0-16	5.00

O número máximo de episódios emocionais foi superior no grupo clínico em relação ao grupo não-clínico em todas as questões críticas da vinculação, com exceção das doenças, em que aquele valor foi semelhante.

No grupo clínico, a questão que elicitou um número máximo mais elevado de episódios emocionais foi a questão perdas, seguida da questão separações. As questões que elicitaram um número máximo mais reduzido neste grupo foram as ameaças e as situações-problema. No grupo não-clínico, a questão que elicitou um número máximo mais elevado foi as doenças. A questão que, pelo contrário, apresentou o número máximo mais reduzido foi a questão situações-problema.

No grupo clínico, a maior frequência de episódios emocionais foi observada na questão perdas e a frequência menor na questão doenças. No grupo não-clínico, a maior frequência ocorreu nas questões separações e perdas, e a menor frequência foi observada na questão rejeições.

As medidas compósitas dos episódios emocionais nas questões críticas da vinculação (cf. Cap. 3), designadamente os *Episódios emocionais em questões normativas da vinculação*, que incluiu os episódios emocionais nas questões situações-problema, doenças e separações, e os *Episódios emocionais em questões não-normativas da vinculação*, que integrou os episódios emocionais nas questões rejeições, ameaças e perdas, constituíram as variáveis que utilizámos nas análises seguintes.

2.1.2 Episódios emocionais em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação: comparação entre o grupo clínico eo grupo não-clínico

Com vista a analisar as diferenças entre o grupo clínico e não-clínico em relação aos Episódios emocionais em questões normativas da vinculação e Episódios emocionais em questões não-normativas da vinculação, foi realizada uma análise multivariada da variância (MANOVA). O quadro seguinte apresenta os resultados desta análise.

Quadro 10

EE em questões normativas da vinculação e EE em questões não-normativas da vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico

Episódios emocionais (EE)	Grupo	N	Média	DP	F(1,38)	p
EE em questões Normativas da vinculação	Não-clínico	20	6.96	.021	.637	.430
	Clínico	20	6.96	.019		
EE em questões não-normativas da vinculação	Não-clínico	20	6.95	.021	.687	.412
	Clínico	20	6.96	.019		

A análise de variância (MANOVA) demonstrou a inexistência de diferenças significativas em função do grupo clínico e do grupo não-clínico, no que se refere aos Episódios emocionais em questões normativas e aos Episódios emocionais em questões não-normativas da vinculação (Wilks' Lambda= .950, $F(2,37) = .979$; $p = .385$).

Os testes univariados (Quadro 10) revelaram a ausência de diferenças significativas entre o grupo clínico e o grupo não-clínico em relação aos Episódios emocionais em questões normativas da vinculação e aos Episódios emocionais em questões não-normativas da vinculação.

2.2 Episódios emocionais *self*, outros e outros-outros

Neste ponto, são apresentadas as medidas descritivas dos episódios emocionais *self*, outros e outros-outros e a análise de variância multivariada, com o objectivo de comparar o grupo clínico e o grupo não-clínico em relação a estes episódios.

2.2.1 Frequência de episódios emocionais *self*, outros e outros-outros no grupo clínico e no grupo não-clínico: Medidas descritivas

O quadro seguinte apresenta as medidas descritivas da frequência de Episódios emocionais *self*, outros e outros-outros no grupo clínico e no grupo não-clínico.

Quadro 11

Medidas descritivas da frequência de EE *self*, EE outros e EE outros-outros no grupo clínico e no grupo não-clínico

Episódios emocionais (EE)	Grupo	N	Min-Max	Mediana
EE <i>self</i>	Não-clínico	20	1-13	3.50
	Clínico	20	2-25	11.50
EE outros	Não-clínico	20	0-6	2.00
	Clínico	20	1-15	3.50
EE outros-outros	Não-clínico	20	0-6	1.00
	Clínico	20	0-6	2.00

O número máximo de episódios emocionais foi superior no grupo clínico em relação ao grupo não-clínico nos EE *self* e nos EE outros. Nos EE outros-outros, o valor máximo foi semelhante.

No grupo clínico, o número máximo mais elevado ocorreu nos EE *self*, o mesmo sucedendo em relação ao número mínimo mais elevado. O número mínimo mais reduzido surgiu nos EE outros. No grupo não-clínico, foram os EE *self* que obtiveram o valor máximo mais elevado e o número mínimo mais elevado. Os EE outros e os EE

outros-outros obtiveram valores máximos e mínimos semelhantes, embora ambos inferiores aos EE *self*.

Em ambos os grupos, a maior frequência de episódios emocionais foi observada nos EE *self* e a frequência menor nos EE outros-outros.

2.2.2 Episódios emocionais *self*, outros e outros-outros: comparação entre o grupo clínico eo grupo não-clínico

Os resultados da análise multivariada da variância (MANOVA) são apresentados a seguir.

Quadro 12

EE *self*, EE outros e EE outros-outros no grupo clínico e no grupo não-clínico

Episódios emocionais (EE)	Grupo	N	Média	DP	F(1.38)	p
EE <i>self</i>	Não-clínico	20	2.355	.016	3.920	.055
	Clínico	20	2.364	.014		
EE outros	Não-clínico	20	2.33	.017	1.894	.177
	Clínico	20	2.33	.014		
EE outros-outros	Não-clínico	20	2.32	.017	.832	.568
	Clínico	20	2.31	.009		

A análise de variância (MANOVA) revelou não existirem diferenças significativas em função do grupo clínico e do grupo não-clínico, no que se refere aos EE *self*, outros e indeterminados (Wilks' Lambda= .889, $F(3.36) = 1.494$; $p = .233$).

Os testes univariados (Quadro 12) revelaram a ausência de diferenças significativas entre o grupo clínico e o grupo não-clínico em relação aos EE *self*, outros e indeterminados. Observa-se uma tendência marginalmente significativa para o grupo

clínico ($M=2.364$; $DP=.014$) apresentar uma média superior ao grupo não-clínico ($M=2.355$; $DP=.016$) no que respeita aos EE *self*.

2.3 Episódios emocionais por valência

São apresentadas neste ponto as medidas descritivas dos episódios por categorias emocionais e a análise de variância multivariada (MANOVA), com o objectivo de comparar o grupo clínico e o grupo não-clínico em relação aos episódios emocionais por valência.

2.3.1 Classificação dos episódios emocionais em categorias emocionais no grupo clínico e no grupo não-clínico: Medidas descritivas

O quadro seguinte apresenta as medidas descritivas dos episódios emocionais por categorias emocionais no grupo clínico e no grupo não-clínico.

Quadro 13

Medidas descritivas dos EE por categorias emocionais no grupo clínico e no grupo não-clínico

Episódios emocionais (EE)	Grupo	N	Min-Max	Mediana
EE amor	Não-clínico	20	0-7	1.00
	Clínico	20	0-7	2.00
EE tristeza	Não-clínico	20	0-5	1.00
	Clínico	20	0-13	5.00
EE raiva	Não-clínico	20	0-3	0.00
	Clínico	20	0-5	1.00
EE medo	Não-clínico	20	0-4	1.00
	Clínico	20	0-9	3.00

Episódios emocionais (EE)	Grupo	N	Min-Max	Mediana
EE alegria	Não-clínico	20	0-3	0.00
	Clínico	20	0-6	1.50
EE culpa-vergonha	Não-clínico	20	0-1	0.00
	Clínico	20	0-3	0.00
EE indeterminados	Não-clínico	20	0-7	2.50
	Clínico	20	1-10	4.00

Observou-se um número máximo de episódios mais elevado no grupo clínico do que no grupo não-clínico, em todas as categorias emocionais, com exceção para os episódios amor, cujo valor máximo foi semelhante nos dois grupos. No grupo clínico, os episódios tristeza obtiveram o número máximo mais elevado, seguido dos episódios indeterminados. No grupo não-clínico, os episódios amor e indeterminados obtiveram o número máximo mais elevado. Os valores mínimos situaram-se entre 0 e 1, mas com um valor igual a 0, em todos os casos, para ambos os grupos, com exceção para os episódios indeterminados no grupo clínico, cujo valor foi 1.

No grupo clínico, observou-se uma maior frequência dos episódios tristeza, seguida dos episódios indeterminados, tendo no grupo não-clínico, obtido a maior frequência os episódios indeterminados. A menor frequência dos episódios culpa-vergonha foi observada em ambos os grupos.

As medidas compósitas, designadamente os *Episódios emocionais de valência positiva*, incluindo os episódios amor e alegria, e os *Episódios emocionais de valência negativa*, integrando os episódios tristeza, raiva, medo e culpa-vergonha, bem como os *Episódios emocionais indeterminados*, incluindo os episódios com o mesmo nome, foram utilizadas nas análises que se seguem.

2.3.2 Episódios emocionais de valência positiva, de valência negativa e indeterminados: comparação entre o grupo clínico e o grupo não-clínico

Com o objectivo de analisar as diferenças entre o grupo clínico e não-clínico em relação aos Episódios emocionais de valência positiva, de valência negativa, e indeterminados foi realizada uma análise multivariada da variância (MANOVA). O quadro seguinte apresenta os resultados desta análise.

Quadro 14

EE de valência positiva, EE de valência negativa e EE indeterminados no grupo clínico e no grupo não-clínico

Episódios emocionais (EE)	Grupo	N	Média	DP	F (1.38)	p
EE de valência Positiva	Não-clínico	20	4.63	.019	1.125	.295
	Clínico	20	4.63	.015		
EE de valência Negativa	Não-clínico	20	9.25	.024	1.692	.201
	Clínico	20	9.26	.015		
EE indeterminados	Não-clínico	20	2.34	.026	4.430	.042
	Clínico	20	2.33	.013		

A análise de variância (MANOVA) demonstrou a existência de diferenças significativas entre os Episódios emocionais de valência positiva, de valência negativa e indeterminados em função do grupo (Wilks' Lambda= .704, $F(3.36) = 5.040$; $p=.005$).

Os testes univariados (Quadro 14) revelaram existirem diferenças significativas entre o grupo clínico e o grupo não-clínico, em relação aos Episódios emocionais indeterminados ($F(1.38) = 4.430$; $p=.042$). Estes obtiveram uma média superior no grupo não-clínico ($M=2.339$; $DP= .0257$) em relação ao grupo clínico ($M=2.325$; $DP=.0127$).

3. COMPREENSÃO EMOCIONAL NO GRUPO CLÍNICO E NO GRUPO NÃO-CLÍNICO

A Compreensão emocional foi avaliada através do Reconhecimento da perturbação nas questões críticas da vinculação, da Resolução da perturbação nas questões críticas da vinculação, do Reconhecimento da perturbação, da Resolução da perturbação e da Compreensão emocional. O valor da Compreensão emocional foi obtido pela soma dos resultados no Reconhecimento da perturbação e na Resolução da perturbação.

3.1 Reconhecimento da perturbação nas questões críticas da vinculação

Apresentam-se, em seguida, as medidas descritivas do Reconhecimento da perturbação nas questões críticas da vinculação no grupo clínico e não-clínico.

3.1.1 Reconhecimento da perturbação nas questões críticas da vinculação no grupo clínico e não-clínico: Medidas descritivas

No Quadro 15 são apresentadas as medidas descritivas do Reconhecimento da perturbação nas questões críticas da vinculação no grupo clínico e do grupo não-clínico.

Quadro 15

Medidas descritivas do Reconhecimento da perturbação nas questões críticas da vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico

Reconhecimento (REC)	Grupo	N	Min-Max	Mediana
REC situações-problema	Não-clínico	20	1-4	2.00
	Clínico	20	2-4	3.00
REC doenças	Não-clínico	20	1-4	3.00
	Clínico	20	2-4	3.00

Reconhecimento (REC)	Grupo	N	Min-Max	Mediana
REC separações	Não-clínico	20	2-4	3.00
	Clínico	20	2-4	3.50
REC rejeições	Não-clínico	20	1-4	2.00
	Clínico	20	1-4	2.00
REC ameaças	Não-clínico	20	1-4	2.00
	Clínico	20	1-4	3.00
REC perdas	Não-clínico	20	1-4	3.00
	Clínico	20	1-4	4.00

O número máximo mais elevado relativamente ao Reconhecimento da perturbação corresponde ao valor máximo desta escala, em todas as questões, em ambos os grupos. Os valores mínimos mais baixos correspondem igualmente ao valor mínimo da escala, com excepção para as questões situações-problema e doenças, em que este valor é mais elevado no grupo clínico e semelhante nos dois grupos para a questão separações.

O Reconhecimento da perturbação revelou, com excepção para as questões doenças e rejeições, uma maior frequência no grupo clínico em relação ao grupo não-clínico. No grupo clínico, observou-se uma maior frequência do Reconhecimento na questão perdas e menor na questão rejeições. No grupo não-clínico, o Reconhecimento obteve maior frequência nas questões doenças, separações e perdas.

Com base nas medidas compósitas criadas para o Reconhecimento da perturbação nas questões críticas da vinculação (cf. Cap. 3) e designadas, respectivamente, por *Reconhecimento da perturbação em questões normativas da vinculação* (Reconhecimento da perturbação nas questões situações-problema, doenças e separações), e por *Reconhecimento da perturbação em questões não-normativas da vinculação* (Reconhecimento da perturbação nas questões rejeições, ameaças e perdas) realizamos as análises estatísticas que se seguem.

3.1.2 Reconhecimento da perturbação nas questões críticas da vinculação: comparação entre o grupo clínico e o grupo não-clínico

Com vista a analisar as diferenças entre o grupo clínico e não-clínico em relação ao Reconhecimento da perturbação em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação, foi realizada uma análise multivariada da variância (MANOVA). O quadro seguinte apresenta os resultados desta análise.

Quadro 16

Reconhecimento em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico

Reconhecimento	Grupo	N	Média	DP	F(1.38)	p
Reconhecimento em questões normativas da vinculação	Não-clínico	20	8.35	1.81	2.749	.106
	Clínico	20	9.30	1.80		
Reconhecimento em questões não-normativas da vinculação	Não-clínico	20	7.45	1.76	3.117	.085
	Clínico	20	8.45	1.82		

A análise de variância (MANOVA) verificou a inexistência de diferenças significativas, em relação ao Reconhecimento nos dois tipos de questões da vinculação, em função do grupo clínico e do grupo não-clínico (Wilks' Lambda= .900, $F(2.37) = 2.045$; $p=.144$).

Os testes univariados (Quadro 16) mostraram a não existência de diferenças significativas entre o grupo clínico e o grupo não-clínico, em relação ao Reconhecimento em questões normativas da vinculação. Comprova-se uma tendência estatística para haver diferenças no Reconhecimento em questões não-normativas da vinculação ($F(1.38) = 3.117$; $p=.085$), tendo o grupo clínico um valor superior em relação ao grupo não-clínico.

3.2 Reconhecimento da perturbação

O Quadro 17 apresenta o Reconhecimento da perturbação no grupo clínico e no grupo não-clínico.

Quadro 17

Reconhecimento da perturbação no grupo clínico e no grupo não-clínico

	Grupos	N	Média	D. P.	t (38)	p
Reconhecimento da Perturbação	Não Clínico	20	15.80	3.12		
	Clínico	20	17.75	2.90		
					-2.047	.048

Da análise do quadro anterior, constata-se diferenças significativas entre o grupo clínico e o grupo não-clínico, no que se refere ao Reconhecimento da perturbação ($t(38) = -2.047$; $p < .05$). O grupo clínico ($M=17.75$; $DP=2.90$) apresenta uma média superior à do grupo não-clínico ($M=15.80$; $DP=3.12$).

3.3 Resolução da perturbação nas questões críticas da vinculação

As medidas descritivas da Resolução da perturbação nas questões críticas da vinculação são apresentadas em seguida, para o grupo clínico e não-clínico.

3.3.1 Resolução da perturbação nas questões críticas da vinculação no grupo clínico e não-clínico: Medidas descritivas

No Quadro 18 apresentam-se as medidas descritivas relativas à Resolução da perturbação nas questões críticas da vinculação em função do grupo clínico e do grupo não-clínico.

Quadro 18

Medidas descritivas da Resolução da perturbação nas questões críticas da vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico

Resolução (RES)	Grupo	N	Min-Max	Mediana
RES situações-problema	Não-clínico	20	1-4	3.00
	Clínico	20	2-4	3.00
RES doenças	Não-clínico	20	2-4	3.00
	Clínico	20	2-4	3.00
RES separações	Não-clínico	20	1-4	2.50
	Clínico	20	1-4	2.00
RES rejeições	Não-clínico	20	1-4	2.00
	Clínico	20	1-4	2.00
RES ameaças	Não-clínico	20	1-4	2.00
	Clínico	20	1-3	1.00
RES perdas	Não-clínico	20	1-4	2.00
	Clínico	20	1-3	2.00

Os valores mínimos e máximos foram praticamente similares para todas as questões, respectivamente, com valores de 1 e de 4. Contudo, verificou-se um valor mínimo ligeiramente mais elevado na questão doenças tanto no grupo clínico como no grupo clínico, e na questão situações-problema, no grupo clínico. O valor máximo ligeiramente mais reduzido foi observado no grupo clínico, em relação ao grupo não-clínico, na questão ameaças e perdas.

A Resolução da perturbação obteve uma frequência mais elevada na questão situações-problema e doenças, quer para o grupo clínico quer para o grupo não-clínico. Uma frequência mais baixa foi observada no grupo clínico, para a questão ameaças.

À semelhança do procedimento efectuado para o Reconhecimento da perturbação, foram criadas medidas compósitas para a Resolução da perturbação nas questões

críticas da vinculação (cf. Cap.3). Com base nestas medidas compósitas, designadas por *Resolução da perturbação em questões normativas da vinculação* (Resolução da perturbação nas questões situações-problema, doenças e separações) e por *Resolução da perturbação em questões não-normativas da vinculação* (Resolução da perturbação nas questões rejeições, ameaças e perdas), seguem-se as análises estatísticas subsequentes.

3.3.2 Resolução em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação: comparação entre o grupo clínico e o grupo não-clínico

Com vista a examinar as diferenças entre o grupo clínico e não-clínico em relação à Resolução da perturbação em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação, foi realizada uma análise multivariada da variância (MANOVA). O quadro seguinte mostra os resultados desta análise.

Quadro 19

Resolução em questões normativas e Resolução em questões não-normativas da vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico

Resolução	Grupo	N	Média	DP	F(1.38)	p
Resolução em questões normativas da vinculação	Não-clínico	20	8.15	1.93	.446	.508
	Clínico	20	7.75	1.86		
Resolução em questões não-normativas da vinculação	Não-clínico	20	5.95	2.33	1.076	.306
	Clínico	20	5.30	1.56		

A análise de variância (MANOVA) demonstrou a inexistência de diferenças significativas, no que se refere à Resolução da perturbação em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação, em função do grupo clínico e do grupo não-clínico (Wilks' Lambda= .969, $F(2.37) = .585$; $p=.562$).

Os testes univariados (Quadro 19) revelaram não existirem diferenças significativas entre o grupo clínico e o grupo não-clínico, em relação à Resolução da perturbação em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação.

3.4 Resolução da perturbação

A Resolução da perturbação no grupo clínico e no grupo não-clínico é apresentada no Quadro 20.

Quadro 20

Resolução da perturbação no grupo clínico e no grupo não-clínico

	Grupos	N	Média	DP	t (38)	p
Resolução da perturbação	Não-clínico	20	14.10	3.49	1.055	.298
	Clínico	20	13.05	2.76		

Com base na análise do quadro anterior, não se constata diferenças significativas entre o grupo clínico e o grupo não-clínico, em relação à Resolução da perturbação.

3.5 Compreensão emocional

O quadro seguinte apresenta a Compreensão emocional no grupo clínico e no grupo não-clínico.

Quadro 21

Compreensão emocional no grupo clínico e no grupo não-clínico

	Grupos	N	Média	DP	t (38)	p
Compreensão Emocional	Não-clínico	20	29.90	6.09	-.518	.608
	Clínico	20	30.80	4.83		

Não se observaram diferenças significativas entre o grupo clínico e o grupo não-clínico, no que respeita à Compreensão emocional.

4. VINCULAÇÃO E EPISÓDIOS EMOCIONAIS NO GRUPO CLÍNICO E NO GRUPO NÃO-CLÍNICO

Tendo em vista analisar as relações entre a vinculação e os episódios emocionais, calculámos as correlações separadamente, para o grupo clínico e não-clínico, entre as estratégias de vinculação e os episódios emocionais de valência positiva, negativa e indeterminados.

Quadro 22

Correlações entre episódios emocionais de valência positiva, de valência negativa e indeterminados e estratégias da vinculação no grupo clínico e no grupo não-clínico

	Grupos	N	EE val positiva	EE val negativa	EE indeterminados
Segurança-insegurança	Não-clínico	20	.371	-.424	.124
	Clínico	20	-.011	-.046	.066
Desactivação-hiperactivação	Não-clínico	20	-.320	.173	.065
	Clínico	20	.259	-.044	-.270

***p<.001; **p<.01; * p<.05; +p<.10

Como se pode observar no Quadro 22, não se verificaram correlações significativas entre as estratégias de vinculação e os episódios emocionais de valência positiva, de valência negativa, e os episódios indeterminados, em ambos os grupos.

5. VINCULAÇÃO E COMPREENSÃO EMOCIONAL NO GRUPO CLÍNICO E NO GRUPO NÃO-CLÍNICO

Os quadros que se integram neste tópico apresentam as correlações entre as estratégias de vinculação primárias e as variáveis da compreensão emocional no grupo clínico e no grupo não-clínico.

Quadro 23

Correlações entre compreensão emocional e estratégias de vinculação primárias no grupo clínico e no grupo não-clínico

	Grupos	N	CE	CEn	CEnn
Segurança-	Não-clínico	20	.319	.301	.262
Insegurança	Clínico	20	.256	.383	.040

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; + $p < .10$

Da análise do quadro anterior, não se observaram, para ambos os grupos, correlações significativas entre a Segurança-insegurança e as variáveis da Compreensão emocional.

Quadro 24

Correlações entre reconhecimento e resolução da perturbação e as estratégias de vinculação primárias no grupo clínico e no grupo não-clínico

	Grupos	N	REC	RES
Segurança-	Não-clínico	20	.123	.446*
insegurança	Clínico	20	-.134	.589**

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; + $p < .10$

Como se pode observar no Quadro 24, verificaram-se, em ambos os grupos, correlações positivas significativas entre a Resolução da perturbação e Segurança-insegurança, o que aproxima a Resolução da perturbação da Segurança.

Irei analisar a relação entre a resolução da perturbação e a a coerência, considerada teoricamente relevante quando criámos o método da compreensão emocional. Calculámos a correlação entre o mega-item Coerência e a Resolução da perturbação e foi observada uma correlação significativa positiva em ambos os grupos, no grupo não-clínico ($r = .536, p < .05$) e no grupo clínico ($r = .642, p < .01$).

As correlações entre o Reconhecimento e a Resolução da perturbação em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação e as estratégias da vinculação primárias são apresentadas no Quadro 25.

Quadro 25

Correlações entre as estratégias da vinculação primárias e a compreensão emocional no grupo clínico e no grupo não-clínico

	Grupos	N	RECN	RESn	RECnn	RESnn
Segurança-	Não-clínico	20	-.007	.489*	.226	.264
Insegurança	Clínico	20	-.588*	-.197	-.501*	-.468*

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; + $p < .10$

No grupo não-clínico, observou-se uma correlação positiva significativa entre a Segurança-insegurança e a Resolução da perturbação em questões normativas da vinculação, o que aproxima esta variável do polo da Segurança. No grupo clínico, observam-se correlações negativas significativas entre a Segurança-insegurança e o Reconhecimento da perturbação em questões normativas da vinculação, o Reconhecimento nas questões não-normativas e a Resolução nas questões não-normativas da vinculação, o que revela uma aproximação destas variáveis ao polo da Insegurança.

Examinámos também as correlações entre a Resolução da perturbação em questões normativas e em questões não-normativas e o mega-item Coerência. Constatámos no grupo não-clínico, que a correlação entre o mega-item Coerência e a Resolução da perturbação foi significativa positiva nas questões normativas ($r = .570$, $p < .01$) e não significativa nas questões não-normativas.

No grupo clínico, o valor de correlação foi igualmente significativo positivo nas questões normativas ($r = .679$, $p < .01$) e não significativo nas questões não-normativas.

6. EPISÓDIOS EMOCIONAIS E COMPREENSÃO EMOCIONAL NO GRUPO CLÍNICO E NO GRUPO NÃO-CLÍNICO

Tendo em vista encontrar a relação entre os episódios emocionais e a compreensão emocional, calculámos as correlações separadamente no grupo clínico e no grupo não-clínico entre os episódios emocionais de valência positiva, negativa e indeterminados. Os resultados são os que se apresentam no Quadro 26.

Quadro 26

Correlações entre compreensão emocional e episódios emocionais no grupo clínico e no grupo não-clínico

	Grupos	N	EE val positiva	EE val negativa	EE indeterminados
CE	Não-clínico	20	.543*	.129	-.511*
	Clínico	20	-.363	.336	.051
CEn	Não-clínico	20	.647**	-.042	-.428
	Clínico	20	.008	.018	-.032
CEnn	Não-clínico	20	.340	.238	-.465*
	Clínico	20	-.580**	.513*	.111
REC	Não-clínico	20	.418	.158	-.448*
	Clínico	20	-.420	.294	.169
RES	Não-clínico	20	.573**	.085	-.492*
	Clínico	20	-.193	.279	-.088
RECn	Não-clínico	20	.418	.137	-.428
	Clínico	20	-.111	.016	.115
RESn	Não-clínico	20	.643**	-.196	-.283
	Clínico	20	.120	.013	-.162

	Grupos	N	EE val positiva	EE val negativa	EE indeterminados
RECnn	Não-clínico	20	.310	.138	-.353
	Clínico	20	-.558*	.452*	.155
RESnn	Não-clínico	20	.328	.289	-.503*
	Clínico	20	-.486*	.478*	.036

***p<.001; **p<.01; * p<.05; +p<.10

No grupo não-clínico, observam-se correlações positivas significativas entre os Episódios emocionais de valência positiva e a compreensão emocional, a compreensão emocional em questões normativas da vinculação, a Resolução da perturbação e a Resolução em questões normativas da vinculação. Verificam-se também no grupo não-clínico correlações negativas significativas entre os Episódios emocionais indeterminados e a Compreensão emocional, a Compreensão emocional em questões não-normativas da vinculação, o Reconhecimento da perturbação, a Resolução da perturbação e a Resolução da perturbação em questões não-normativas. Neste grupo, não se observam correlações significativas entre os Episódios emocionais de valência negativa e a Compreensão emocional.

No grupo clínico, observam-se correlações positivas significativas entre os Episódios emocionais de valência negativa e a compreensão emocional em questões não-normativas da vinculação, o Reconhecimento da perturbação em questões não-normativas da vinculação e a Resolução da perturbação em questões não-normativas da vinculação. Constatam-se também correlações negativas significativas entre os Episódios emocionais de valência positiva e a Compreensão emocional em questões não-normativas da vinculação, o Reconhecimento da perturbação em questões não-normativas da vinculação e a Resolução da perturbação em questões não-normativas.

7. PREDITORES DA PERTENÇA AO GRUPO CLÍNICO VS GRUPO NÃO-CLÍNICO

A análise dos dados contempla, por último, a predição da pertença ao grupo clínico vs grupo não-clínico, efectuada através da realização de quatro análises de regressão logística binária.

Foram primeiro inseridas as variáveis conceptualmente mais abrangentes e que correspondem a uma organização, que integra aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais (modelos internos dinâmicos), e só depois variáveis de carácter mais específico (as emoções), de natureza situacional e experiencial. Utilizámos o modelo hierárquico, na medida em que é o investigador quem decide neste modelo a ordem de entrada dos preditores, com base em critérios teóricos, em hipóteses ou em determinada lógica (Hair et al., 1998).

Foram conduzidas análises de regressão logística até obtermos um modelo final de predição da pertença ao grupo clínico vs. não-clínico. A condução de modelos sucessivos de regressão logística procurou ir reduzindo o número de preditores, removendo aqueles que não atingiam a significância estatística ($p < .10$). A vantagem deste procedimento consistiu em aumentar o poder estatístico das nossas análises, contribuindo deste modo para fortalecer o modelo de predição (Hair et al., 1998).

Utilizámos como preditores da pertença ao grupo clínico vs. não-clínico três tipos de variáveis: a Idade, variáveis relativas à vinculação e variáveis relativas às emoções.

No primeiro modelo, incluímos a Idade e as variáveis da vinculação. Recorde-se que quando procurámos reunir um grupo de sujeitos sem patologia, com as condições necessárias do ponto de vista sócio-demográfico, para o emparelhamento com os sujeitos com perturbações alimentares, não obtivemos em relação à Idade dois grupos equivalentes (cf. Cap 3). Por esta razão, inserimos no primeiro bloco do primeiro modelo de regressão apenas a Idade. A inclusão desta variável, separadamente e num primeiro momento, teve por objectivo controlar o possível efeito parasita que a Idade pudesse ter ao nível dos resultados. No segundo bloco, inserimos as variáveis da vinculação, na medida em que a vinculação tem sido referida na literatura como uma organização no indivíduo, que tanto pode constituir um factor de resiliência (segurança da vinculação) como um factor de vulnerabilidade dos indivíduos (insegurança da

vinculação) e que, em termos probabilísticos, poderá contribuir, respectivamente, para trajectórias desenvolvimentais adaptativas ou para trajectórias desviantes conducentes à psicopatologia.

Embora relativamente às variáveis da vinculação as variáveis a introduzir nas análises de regressão fossem os padrões de vinculação, os mega-itens da vinculação (Mãe base segura, Pai disponível, Pai rigoroso, Ruptura familiar, Preocupado e Emaranhamento familiar), e a estratégia da vinculação Desactivação-hiperactivação, devido à presença de multicolinearidade entre alguns dos preditores, foram excluídas algumas variáveis. Em primeiro lugar, os padrões de vinculação, que anteriormente tinham sido transformados em variáveis *dummy* – seguros vs outros e desligados vs outros, foram excluídos. Em segundo lugar, devido ao facto dos mega-itens Preocupado e Emaranhamento familiar serem extremamente sobreponíveis, optou-se por manter o segundo, proposto por Pinho (2000), visto o primeiro ser apenas marginalmente significativo. Em terceiro lugar, excluiu-se o mega-item Mãe base segura, mantendo o mega-item Ruptura familiar, visto o nosso foco ser uma aproximação ao grupo clínico e julgando que esta segunda variável pudesse ser mais discriminativa em relação ao grupo clínico. Por último, o mega-item Pai rigoroso foi retirado, por ser apenas marginalmente significativo.

Assim, o modelo um ficou constituído por dois blocos. O primeiro bloco incluiu apenas a Idade, e o segundo bloco integrou, para além da Idade, variáveis da vinculação, em particular, os mega-itens Pai disponível, Ruptura familiar e Emaranhamento familiar, e a estratégia Desactivação-hiperactivação.

O Quadro 27 apresenta o modelo de regressão usando como preditores a Idade e as variáveis da vinculação.

Quadro 27

Regressão logística binária para a predição da pertença ao grupo clínico vs grupo não-clínico usando como preditores a idade e as variáveis da vinculação (N=40)

		B	p	Modelo
Modelo 1				
Bloco 1	Idade	.735	.045	$\chi^2(1)=4.828, p=.028$
Bloco 2	Idade	.462	.296	$\chi^2(4)=15.985, p=.003$
	Pai disponível	.013	.767	
	Ruptura familiar	.216	.050	
	Emaranhamento familiar	-.002	.973	
	Desactivação-hiperactivação	-2.034	.188	
Modelo final				
				$\chi^2(5)=20.813, p=.001$

***p<.001; **p<.01; * p<.05; +p<.10

Da análise do quadro anterior, constata-se que o modelo final é significativo ($\chi^2(5)=20.813, p=.001$). O preditor Idade revelou-se significativo, quando foi incluído isoladamente ($p<.05$). A variável Ruptura familiar constituiu o único preditor significativo do segundo bloco ($p=.05$), sendo de referir que a idade quando foi integrada no conjunto de outros preditores não foi significativa.

No segundo modelo, incluímos as variáveis emocionais dado que queríamos investigar até que ponto o efeito de variáveis mais específicas, centradas em situações particulares e sobretudo de carácter experiencial (emoções), poderiam ter um efeito significativo ao nível da pertença ao grupo clínico e não-clínico.

Foram integradas neste modelo as seguintes variáveis – os Episódios emocionais *self*, os Episódios emocionais indeterminados e o Reconhecimento da perturbação em questões não-normativas da vinculação.

O quadro que se segue apresenta o modelo de regressão, utilizando como preditores variáveis emocionais, relativas aos episódios e compreensão emocional.

Quadro 28

Regressão logística binária para a predição da pertença ao grupo clínico vs grupo não-clínico usando como preditores as variáveis emocionais (N=40)

		B	p	Modelo
Modelo 2	Episódios emocionais <i>self</i>	50.012	.067	$\chi^2(3)=10.151, p=.017$
	Episódios emocionais indeterminados	-37.527	.066	
	Reconhecimento em questões não-normativas	.192	.358	

***p<.001; **p<.01; *p<.05; †p<.10

O modelo final é significativo ($\chi^2(3)=10.151, p=.017$).

No modelo dois, os preditores Episódios emocionais *self* e Episódios emocionais indeterminados revelaram-se marginalmente significativos ($p<.10$), tendo-se constatado uma tendência estatística para uma maior proporção de Episódios emocionais indeterminados no grupo não-clínico e maior proporção de Episódios *self* no grupo clínico.

No modelo três, integrámos as variáveis que nos modelos anteriores se revelaram preditores significativos e marginalmente significativos: a Idade, a Ruptura familiar, os Episódios emocionais *self* e os Episódios emocionais indeterminados. Procurámos avaliar o contributo particular de cada um destes preditores para o modelo final.

O modelo final de regressão é apresentado no Quadro 29.

Quadro 29

Modelo final de regressão logística binária para a predição da pertença ao grupo clínico vs grupo não-clínico usando como preditores a idade, a ruptura familiar, os episódios emocionais *self* e os episódios emocionais indeterminados (N=40)

		B	P	Modelo final
Modelo 3	Idade	.483	.277	$\chi^2(4)=23.271, p=.000$
	Ruptura familiar	.192	.005	
	Episódios emocionais <i>self</i>	54.705	.115	
	Episódios emocionais indeterminados	-38.974	.127	
Modelo final	$\chi^2(4)=23.271, p=.000$			
***p<.001; **p<.01; * p<.05; †p<.10				

A partir da análise do Quadro 29, constata-se que o modelo final é significativo ($\chi^2(4)=23.271, p=.000$). A variável Ruptura familiar constituiu o preditor significativo da pertença ao grupo clínico vs. não-clínico ($p<.01$), tendo obtido um valor mais elevado no grupo clínico.

Em síntese, as variáveis que neste primeiro estudo permitiram distinguir o grupo clínico e o grupo não-clínico foram os padrões de vinculação, os mega-itens Mãe base segura, Pai disponível, Ruptura familiar e Emaranhamento familiar, a estratégia de Desactivação-hiperactivação, os Episódios emocionais indeterminados e o Reconhecimento da perturbação. O mega-item Preocupado e os Episódios emocionais *self* constituíram variáveis apenas marginalmente significativas. Por fim, o mega-item Ruptura familiar constituiu a única variável preditora da pertença ao grupo clínico vs. não-clínico, tendo o seu valor sido mais elevado no grupo clínico.

CAPÍTULO 5:

RESULTADOS DO SEGUNDO ESTUDO: VINCULAÇÃO, EPISÓDIOS EMOCIONAIS E COMPREENSÃO EMOCIONAL NAS PERTURBAÇÕES ALIMENTARES

Neste segundo estudo pretende-se avaliar as diferenças entre um grupo restritivo e um grupo purgativo de perturbações alimentares em relação à vinculação, aos episódios emocionais, à compreensão emocional e, adicionalmente, à psicopatologia geral e alimentar. As relações entre vinculação, episódios emocionais e compreensão emocional, separadamente no grupo restritivo e no grupo purgativo, são também exploradas. Por último, à semelhança do primeiro estudo, são referidas as análises de regressão efectuadas com vista a identificar os preditores de pertença ao grupo restritivo vs. grupo purgativo.

1. VINCULAÇÃO E GRUPO RESTRITIVO E PURGATIVO

1.1 Representação da vinculação

O Quadro 30 apresenta a distribuição da representação da vinculação no grupo restritivo e purgativo.

Quadro 30**Representação da vinculação e grupo restritivo e purgativo**

Grupos clínicos	Representação da vinculação	N	(%)
Restritivo	Seguro	6	(26.1)
	Inseguro	17	(73.9)
	Total	23	(100.0)
Purgativo	Seguro	4	(12.5)
	Inseguro	28	(87.5)
	Total	32	(100.0)

$$\chi^2(1) = .873, p=.350$$

O grupo restritivo apresenta 73% de sujeitos inseguros (N=17) e apenas 26.1% de sujeitos seguros. (N=6). O grupo purgativo apresenta 87.5% de sujeitos inseguros (N=28) e apenas 12.5% de sujeitos seguros (N=4). Ambos os grupos têm uma maior percentagem de sujeitos inseguros.

Não se observa uma associação significativa entre a representação da vinculação e o grupo restritivo e purgativo ($\chi^2(1) = .873$, n.s.).

1.2 Padrões de vinculação

A distribuição dos padrões de vinculação no grupo restritivo e purgativo é apresentada no Quadro 31.

Quadro 31**Padrões de vinculação e grupo restritivo e purgativo**

Grupos clínicos	Padrões de vinculação	N	%
Restritivo	Seguro	6	26.1
	Desligado	8	34.8
	Preocupado	9	39.1
	Total	23	100.0
Purgativo	Seguro	4	12.5
	Desligado	3	9.4
	Preocupado	25	78.1
	Total	32	100.0

$$\chi^2(2) = 8.970, p=.011$$

No grupo restritivo, do conjunto de sujeitos inseguros, 34.8% apresentam um padrão desligado (N=8) e 39.1% um padrão preocupado (N=9). No grupo purgativo, do conjunto de sujeitos inseguros, 78.1% apresentam um padrão preocupado (N=25) e apenas 9.4% dos sujeitos, um padrão desligado (N=3).

Observa-se uma associação significativa entre os padrões de vinculação e o grupo restritivo e purgativo ($\chi^2(2) = 8.970, p < .05$).

1.3 Mega-itens da vinculação

Foi efectuada uma análise multivariada da variância (MANOVA), para três grupos de mega-itens, com o objectivo de analisar as diferenças entre o grupo restritivo e o grupo purgativo. Os resultados dessa análise para o primeiro grupo de mega-itens – Mãe base segura (MBS), Mãe disponível (MD), Pai disponível (PD), Pai rigoroso (PR) e Ruptura familiar (RF), são apresentados no quadro seguinte.

Quadro 32

Mega-itens da vinculação – MBS, MD, PD, PR e RF no grupo restritivo e purgativo

Mega-itens	Grupos	N	Média	D. P.	F(1,53)	p
Mãe base segura	Restritivo	23	24.24	4.43	2.657	.109
	Purgativo	32	22.13	4.95		
Mãe disponível	Restritivo	23	64.72	17.05	.183	.671
	Purgativo	32	62.88	14.80		
Pai disponível	Restritivo	23	52.37	10.53	.051	.822
	Purgativo	32	53.13	13.27		
Pai rigoroso	Restritivo	23	39.70	8.57	.493	.486
	Purgativo	32	37.95	9.43		
Ruptura familiar	Restritivo	23	36.04	6.81	6.155	.016
	Purgativo	32	40.38	6.07		

A partir da análise de variância (MANOVA), verificaram-se diferenças significativas entre os mega-itens analisados, em função do grupo restritivo e purgativo (Wilks' Lambda=.773, $F(5.49) = 2.874$; $p=.024$).

Os testes univariados (Quadro 32) mostraram diferenças significativas entre o grupo restritivo e purgativo no que se refere ao mega-item Ruptura familiar ($F(1.53)= 6.155$, $p<.05$). Este mega-item apresenta um valor superior no grupo purgativo ($M=40.38$; $DP=6.07$) em relação ao grupo restritivo ($M=36.04$; $DP=6.81$). Não se observam diferenças significativas em relação aos restantes mega-itens.

Não se observaram diferenças significativas em relação aos restantes mega-itens.

O Quadro 33 apresenta o mesmo tipo de análise para o segundo grupo de mega-itens - Preocupado (P), Desligado (D) e Coerência (C).

Quadro 33

Mega-itens da vinculação – P, D e C no grupo restritivo e purgativo

Mega-itens	Grupos	N	Média	D. P.	F(1.53)	p
Preocupado	Restritivo	23	93.78	24.76	7.640	.008
	Purgativo	32	110.28	19.49		
Desligado	Restritivo	23	69.15	17.61	1.562	.217
	Purgativo	32	64.67	8.60		
Coerência	Restritivo	23	123.07	40.64	.640	.427
	Purgativo	32	130.78	30.94		

A análise de variância (MANOVA) demonstrou existirem diferenças significativas entre os mega-itens analisados, em função do grupo restritivo e purgativo (Wilks' Lambda= .772, $F(3.51) = 6.021$; $p=.004$).

A partir da análise do quadro anterior, os testes univariados revelaram diferenças significativas entre o grupo restritivo e purgativo em relação ao mega-item Preocupado ($F(1.53)= 7.640$, $p<.05$). Este mega-item apresenta um valor superior no grupo purgativo ($M=110.28$; $DP=19.49$) em relação ao grupo restritivo ($M=93.78$; $DP=24.76$).

Não se observam diferenças significativas em relação aos restantes mega-itens.

A análise de variância para o terceiro grupo de mega-itens Mãe rigorosa (MR), Emaranhamento familiar (EF) e Rejeição parental (RP), identificados por Pinho (2000), é apresentada no Quadro 34.

Quadro 34

Mega-itens da vinculação – MR, EF e RP no grupo restritivo e purgativo

Mega-itens	Grupos	N	Média	D. P.	F(1.53)	p
Mãe rigorosa	Restritivo	23	26.67	6.43	.025	.875
	Purgativo	32	26.92	5.24		
Emaranhamento familiar	Restritivo	23	78.96	11.02	5.055	.029
	Purgativo	32	85.78	11.16		
Rejeição Parental	Restritivo	23	94.93	21.60	.849	.361
	Purgativo	32	90.66	12.75		

Observaram-se diferenças significativas entre os mega-itens analisados, em função do grupo restritivo e purgativo (Wilks' Lambda=.849, $F(3.51) = 3.031$; $p=.038$).

Os testes univariados (Quadro 34) revelaram diferenças significativas entre o grupo restritivo e purgativo no que se refere ao mega-item Emaranhamento familiar ($F(1.53) = 5.055$, $p<.05$). Este mega-item apresenta um valor superior no grupo purgativo ($M=85.78$; $DP=11.16$) em relação ao grupo restritivo ($M=78.96$; $DP=11.02$). Não se observam diferenças significativas em relação aos restantes mega-itens.

1.4 Estratégias da vinculação

O quadro a seguir indica as relações entre as estratégias de vinculação e o grupo restritivo e purgativo.

Quadro 35

Estratégias de vinculação e grupo restritivo e purgativo

Estratégias	Grupos	Média	D. P.	F (1,53)	p
Segurança-	Restritivo	-0.20	0.52		
Insegurança	Purgativo	-0.26	0.36		
				.259	.613
Desactivação-	Restritivo	-0.01	0.33		
Hiperactivação	Purgativo	-0.29	0.22		
				14.510	.000

Observam-se diferenças significativas entre as estratégias de vinculação (MANOVA), em função do grupo restritivo e purgativo (Wilks' Lambda=.761, $F(2,52) = 6.145$; $p=.001$).

A partir da análise dos testes univariados (Quadro 35), não se observam diferenças significativas entre o grupo restritivo e purgativo em relação à estratégia Segurança-insegurança. Contudo, observam-se diferenças significativas entre os grupos no que se refere à estratégia Desactivação-hiperactivação ($F(1) = 14.510$, $p<.001$). O grupo purgativo ($M=-.29$; $DP=.22$) apresenta uma média inferior ao grupo restritivo ($M=-.01$; $DP=.33$), o que aproxima o grupo purgativo do pólo da hiperactivação.

2. EPISÓDIOS EMOCIONAIS E GRUPO RESTRITIVO E PURGATIVO

Os resultados relativos aos episódios emocionais seguem a mesma sequência dos apresentados no capítulo anterior. Assim, começamos por apresentar as medidas descritivas de frequência dos episódios nas questões críticas da vinculação, dos episódios *self*, outros e outros-outros e dos episódios emocionais por categorias emocionais. Partindo dos valores de frequência, calculámos proporções e, a partir destas, efectuámos transformações loglineares. Depois, criámos medidas compósitas para os episódios nas questões da vinculação e por valência, a partir das variáveis loglineares entretanto criadas.

Por fim, as análises de variância multivariada (MANOVA) tiveram como objectivo analisar as diferenças entre o grupo restritivo e purgativo relativamente às variáveis referidas.

2.1 Episódios emocionais nas questões críticas da vinculação

As medidas descritivas dos episódios nas questões críticas da vinculação e a análise de variância multivariada, visando comparar o grupo restritivo e purgativo em relação aos episódios emocionais em questões normativas e não-normativas da vinculação, são apresentadas nesta secção.

2.1.1 Frequência de episódios emocionais nas questões críticas da vinculação no grupo restritivo e no grupo purgativo: Medidas descritivas

No Quadro 36 apresentam-se as medidas descritivas da frequência de episódios emocionais nas questões críticas da vinculação no grupo restritivo e purgativo.

Quadro 36

Medidas descritivas da frequência de episódios emocionais nas questões críticas da vinculação no grupo restritivo e no grupo purgativo

Episódios emocionais (EE)	Grupos	N	Min-Max	Mediana
EE situações-problema	Restritivo	23	0-6	1.00
	Purgativo	32	0-13	3.00
EE doenças	Restritivo	23	0-5	1.00
	Purgativo	32	0-5	2.00
EE separações	Restritivo	23	0-6	2.00
	Purgativo	32	0-8	2.00
EE rejeições	Restritivo	23	0-4	2.00
	Purgativo	32	0-8	2.00
EE ameaças	Restritivo	23	0-5	0.00
	Purgativo	32	0-19	1.00

Episódios emocionais (EE)	Grupos	N	Min-Max	Mediana
EE perdas	Restritivo	23	0-22	3.00
	Purgativo	32	0-21	6.00

No grupo restritivo, o número máximo mais elevado de episódios emocionais foi observado na questão perdas e o número máximo mais reduzido na questão rejeições. No grupo purgativo, constatou-se que o número máximo mais elevado ocorreu também na questão perdas e o número máximo mais reduzido na questão doenças.

A maior frequência de episódios emocionais foi observada na questão perdas, para ambos os grupos. A menor frequência de episódios ocorreu para ambos os grupos na questão ameaças.

Com base nas duas medidas compósitas criadas para os episódios emocionais nas questões críticas da vinculação, e apresentadas no capítulo anterior, designadamente, os *Episódios emocionais em questões normativas da vinculação*, que incluiu os episódios emocionais nas questões: situações-problema, doenças e separações, e os *Episódios emocionais em questões não-normativas da vinculação*, que integrou os episódios emocionais nas questões rejeições, ameaças e perdas, procedeu-se a uma análise multivariada da variância (MANOVA), tendo por objectivo comparar o grupo restritivo e purgativo.

2.1.2 Episódios emocionais em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação: comparação entre o grupo restritivo e o grupo purgativo

O quadro seguinte apresenta os resultados da análise multivariada da variância (MANOVA).

Quadro 37

Episódios emocionais em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação no grupo restritivo e no grupo purgativo

Episódios emocionais	Grupo	N	Média	DP	F(1.53)	p
EE em questões normativas da vinculação	Restritivo	23	6.95	.026		
	Purgativo	32	6.95	.017		
					.035	.852
EE em questões não-normativas da vinculação	Restritivo	23	6.96	.026		
	Purgativo	32	6.96	.017		
					.021	.884

A análise de variância (MANOVA) demonstrou a inexistência de diferenças significativas, no que se refere aos EE nos dois grupos de questões, em função do grupo restritivo e do grupo purgativo (Wilks' Lambda= .933, $F(2.52) = 1.876$; $p = .163$).

Os testes univariados (Quadro 37) revelaram a ausência de diferenças significativas entre o grupo restritivo e o grupo purgativo, em relação aos EE em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação.

2.2 Episódios emocionais *self*, outros e outros-outros

Neste tópico, são apresentadas as medidas descritivas dos episódios emocionais *self*, outros e outros-outros e a análise de variância multivariada, visando comparar o grupo restritivo e purgativo em relação a estes episódios.

2.2.1 Frequência de episódios emocionais *self*, outros e outros-outros no grupo restritivo e no grupo purgativo: Medidas descritivas

O Quadro 38 expõe as medidas descritivas da frequência de Episódios emocionais *self*, outros e outros-outros no grupo restritivo e no grupo purgativo.

Quadro 38

Medidas descritivas da frequência de episódios emocionais *self*, outros e outros-outros no grupo restritivo e no grupo purgativo

Episódios emocionais (EE)	Grupo	N	Min-Max	Mediana
EE <i>self</i>	Restritivo	23	1-23	8.00
	Purgativo	32	4-36	12.50
EE outros	Restritivo	23	0-9	2.00
	Purgativo	32	0-14	3.00
EE outros-outros	Restritivo	23	0-7	0.00
	Purgativo	32	0-5	1.00

O número máximo mais elevado foi observado nos Episódios emocionais *self*, em ambos os grupos, o mesmo sucedendo em relação ao número mínimo mais elevado. Estes valores foram superiores no grupo purgativo. O número máximo mais reduzido foi observado nos Episódios emocionais outros-outros, em ambos os grupos.

A maior frequência foi observada em relação aos Episódios emocionais *self* e a menor frequência relativamente aos Episódios emocionais outros-outros, no grupo restritivo e no grupo purgativo.

2.2.2 Episódios emocionais *self*, outros e outros-outros: comparação entre o grupo restritivo e o grupo purgativo

O Quadro 39 revela os resultados da análise multivariada da variância (MANOVA).

Quadro 39**Episódios emocionais *self*, outros e outros-outros no grupo restritivo e no grupo purgativo**

Episódios emocionais	Grupo	N	Média	DP	F(1.53)	p
EE <i>self</i>	Restritivo	23	2.37	.017		
	Purgativo	32	2.37	.010		
					.824	.368
EE outros	Restritivo	23	2.32	.019		
	Purgativo	32	2.32	.011		
					.880	.352
EE outros-outros	Restritivo	23	2.31	.010		
	Purgativo	32	2.31	.007		
					.039	.843

Não se observaram diferenças significativas (MANOVA) quanto aos Episódios emocionais *self*, outros e outros-outros, em função dos grupos (Wilks' Lambda= .920, $F(3.51) = 1.486$; $p = .229$).

A partir da análise dos testes univariados (Quadro 39), não se verificaram diferenças significativas entre o grupo restritivo e o grupo purgativo, em relação aos Episódios emocionais *self*, outros e outros-outros.

2.3 Episódios emocionais por valência

Iniciamos este ponto com as medidas descritivas dos episódios emocionais por categorias emocionais. Depois, apresentamos a análise de variância multivariada, com o objectivo de comparar o grupo restritivo e purgativo em relação aos episódios emocionais por valência.

2.3.1 Classificação dos episódios emocionais por categorias emocionais no grupo restritivo e no grupo purgativo: Medidas descritivas

As medidas descritivas dos episódios emocionais por categorias emocionais no grupo restritivo e purgativo são apresentadas no quadro seguinte.

Quadro 40

Medidas descritivas dos EE por categorias emocionais no grupo restritivo e purgativo

Episódios emocionais (EE)	Grupos	N	Min-Max	Mediana
EE amor	Restritivo	23	0-7	1.00
	Purgativo	32	0-9	2.00
EE tristeza	Restritivo	23	0-7	2.00
	Purgativo	32	0-11	3.00
EE raiva	Restritivo	23	0-5	1.00
	Purgativo	32	0-9	1.50
EE medo	Restritivo	23	0-6	3.00
	Purgativo	32	0-13	3.00
EE alegria	Restritivo	23	0-12	1.00
	Purgativo	23	0-5	1.00
EE culpa-vergonha	Restritivo	23	0-2	0.00
	Purgativo	23	0-3	0.00
EE indeterminados	Restritivo	23	0-7	2.00
	Purgativo	23	0-12	3.00

No grupo restritivo, o número máximo mais elevado foi observado nos episódios alegria. O número máximo mais reduzido ocorreu nos episódios culpa-vergonha. No grupo purgativo, os episódios medo obtiveram o número máximo mais elevado e o seu valor mais reduzido foi observado nos episódios culpa-vergonha.

No grupo restritivo, a frequência mais elevada observou-se nos episódios medo, e a frequência mais reduzida ocorreu nos episódios culpa-vergonha. No grupo purgativo, os episódios tristeza, medo e indeterminados obtiveram a frequência mais elevada e os episódios culpa-vergonha a frequência mais reduzida.

Com base nas duas medidas compósitas dos episódios emocionais por valência, apresentadas no capítulo anterior, designadamente, os *Episódios emocionais de valência positiva*, que incluiu os episódios emocionais amor e alegria, e os *Episódios emocionais de valência negativa*, que integrou os episódios emocionais tristeza, raiva, medo e culpa-vergonha, e os *Episódios emocionais indeterminados*, e tendo por objectivo comparar o grupo restritivo e purgativo, procedeu-se a uma análise multivariada da variância (MANOVA).

2.3.2 Episódios emocionais de valência positiva, de valência negativa e indeterminados: comparação entre o grupo restritivo e o grupo purgativo

O Quadro 41 apresenta os resultados da análise multivariada da variância (MANOVA).

Quadro 41

Episódios emocionais de valência positiva, de valência negativa e indeterminados no grupo restritivo e no grupo purgativo

Episódios emocionais (EE)	Grupo	N	Média	DP	F (1.53)	p
EE de valência positiva	Restritivo	23	4.63	.012	2.367	.130
	Purgativo	32	4.63	.011		
EE de valência negativa	Restritivo	23	9.26	.015	3.119	.083
	Purgativo	32	9.27	.010		
EE indeterminados	Restritivo	23	2.32	.013	.019	.892
	Purgativo	32	2.32	.012		

A análise de variância (MANOVA) demonstrou a inexistência de diferenças significativas, no que se refere aos EE de valência positiva, EE de valência negativa, e EE indeterminados, em função do grupo restritivo e do grupo purgativo (Wilks' Lambda= .926, $F(3.51) = 1.361$; $p=.265$).

Os testes univariados (Quadro 41) revelaram ausência de diferenças significativas entre o grupo restritivo e o grupo purgativo, em relação aos EE de valência positiva, de valência negativa e indeterminados. Observa-se, contudo, uma tendência marginalmente significativa para o grupo purgativo ($M= 9.27$; $DP=.011$) apresentar uma média superior ao grupo restritivo ($M= 9.26$; $DP=.012$) no que se refere aos episódios emocionais de valência negativa.

3. COMPREENSÃO EMOCIONAL E GRUPO RESTRITIVO E PURGATIVO

À semelhança do primeiro estudo, avaliámos a Compreensão emocional através do Reconhecimento da perturbação nas questões críticas da vinculação, da Resolução da perturbação nas questões críticas da vinculação, do Reconhecimento da perturbação, da Resolução da perturbação e da Compreensão emocional.

3.1 Reconhecimento da perturbação nas questões críticas da vinculação

Iniciamos este ponto com as medidas descritivas do Reconhecimento da perturbação nas questões críticas da vinculação, no grupo restritivo e purgativo.

3.1.1 Reconhecimento da perturbação nas questões críticas da vinculação no grupo restritivo e no grupo purgativo: Medidas descritivas

O Quadro 42 expõe as medidas descritivas do Reconhecimento da perturbação nas questões críticas da vinculação no grupo restritivo e no grupo purgativo.

Quadro 42

Medidas descritivas do Reconhecimento da perturbação nas questões críticas da vinculação no grupo restritivo e purgativo

Reconhecimento (REC)	Grupos	N	Min-Max	Mediana
REC situações-problema	Restritivo	23	1-4	3.00
	Purgativo	32	1-4	3.00
REC doenças	Restritivo	23	2-4	3.00
	Purgativo	32	2-4	3.00
REC separações	Restritivo	23	1-4	3.00
	Purgativo	32	1-4	3.00
REC rejeições	Restritivo	23	1-4	2.00
	Purgativo	32	1-4	3.00
REC ameaças	Restritivo	23	1-4	2.00
	Purgativo	32	1-4	3.00
REC perdas	Restritivo	23	1-4	3.00
	Purgativo	32	1-4	3.00

Os valores mínimo e máximo variaram entre 1 e 4 em todas as questões, em ambos os grupos, correspondendo ao valor mínimo e máximo do Reconhecimento da perturbação, surgindo apenas uma exceção para o Reconhecimento na questão doenças, cujo valor mínimo foi mais elevado, em ambos os grupos.

A frequência mais reduzida observou-se no Reconhecimento da perturbação na questão rejeições e na questão ameaças, ambas no grupo restritivo. Os restantes valores de frequência foram semelhantes.

3.1.2 Reconhecimento da perturbação em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação: comparação entre o grupo restritivo e purgativo

Com base nas medidas compósitas apresentadas no capítulo anterior, designadamente, o *Reconhecimento em questões normativas da vinculação* e o *Reconhecimento em questões não-normativas da vinculação*, procedeu-se a uma análise multivariada da variância (MANOVA), para avaliar as diferenças entre o grupo restritivo e purgativo.

O Quadro 43 apresenta os resultados desta análise.

Quadro 43

Reconhecimento da perturbação em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação no grupo restritivo e no grupo purgativo

	Grupo	N	Média	DP	F(1,53)	p
Reconhecimento em questões normativas da vinculação	Restritivo	23	8.43	1.90		
	Purgativo	32	8.50	1.65		
					.018	.893
Reconhecimento em questões não-normativas da vinculação	Restritivo	23	7.26	2.14		
	Purgativo	32	8.19	2.22		
					2.404	.127

A partir da análise de variância (MANOVA), verificou-se a inexistência de diferenças significativas entre o grupo restritivo e o grupo purgativo, no que se refere ao Reconhecimento em questões normativas da vinculação e em questões não-normativas da vinculação (Wilks' Lambda= .956, $F(2,52) = 1.185$; $p=.314$).

Os testes univariados (Quadro 43) revelaram a ausência de diferenças significativas entre o grupo restritivo e o grupo purgativo, em relação ao Reconhecimento nos dois grupos de questões da vinculação.

3.2 Reconhecimento da perturbação

O quadro seguinte apresenta o Reconhecimento da perturbação no grupo restritivo e no grupo purgativo.

Quadro 44

Reconhecimento da perturbação e grupo restritivo e purgativo

	Grupos	N	Média	DP	t (53)	p
Reconhecimento da perturbação	Restritivo	23	15.70	3.07		
	Purgativo	32	16.68	2.97		
					-1.206	.233

Não se observam diferenças significativas entre o grupo restritivo e purgativo no que se refere ao Reconhecimento da perturbação.

3.3 Resolução da perturbação nas questões críticas da vinculação

Apresentam-se, em seguida, as medidas descritivas da Resolução da perturbação nas questões críticas da vinculação, no grupo restritivo e purgativo, e os resultados da análise de variância multivariada (MANOVA) com vista a analisar as diferenças entre o grupo restritivo e purgativo relativamente à Resolução da perturbação em questões normativas e não-normativas da vinculação.

3.3.1 Resolução da perturbação nas questões críticas da vinculação no grupo restritivo e no grupo purgativo: Medidas descritivas

O quadro que se segue apresenta as medidas descritivas da Resolução da perturbação nas questões críticas da vinculação no grupo restritivo e no grupo purgativo.

Quadro 45

Medidas descritivas da Resolução da perturbação nas questões críticas da vinculação no grupo restritivo e purgativo

Resolução (RES)	Grupos	N	Min-Max	Mediana
RES situações-problema	Restritivo	23	1-4	2.00
	Purgativo	32	1-4	2.00
RES doenças	Restritivo	23	2-4	2.00
	Purgativo	32	2-4	2.00
RES separações	Restritivo	23	1-4	2.00
	Purgativo	32	1-3	2.00
RES rejeições	Restritivo	23	1-4	1.00
	Purgativo	32	1-4	2.00
RES ameaças	Restritivo	23	1-3	1.00
	Purgativo	32	1-3	1.00
RES perdas	Restritivo	23	1-3	2.00
	Purgativo	32	1-4	2.00

O valor máximo mais elevado correspondeu, na maioria dos casos, ao valor máximo da escala. O valor mínimo correspondeu, na maioria das situações, ao valor mínimo da escala. Observou-se uma frequência mais baixa na Resolução da perturbação na questão rejeições no grupo restritivo, e na questão ameaças para ambos os grupos.

3.3.2 Resolução da perturbação em questões normativas da vinculação e em questões não-normativas da vinculação: comparação entre o grupo restritivo e purgativo

Com base nas medidas compósitas criadas com base no referencial teórico e apresentadas no capítulo anterior, designadamente, a *Resolução em questões normativas*

da vinculação e a *Resolução em questões não-normativas da vinculação*, procedeu-se a uma análise multivariada da variância (MANOVA), com vista a analisar as diferenças entre o grupo restritivo e purgativo.

Os resultados desta análise estão expostos no Quadro 46.

Quadro 46

Resolução da perturbação em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação no grupo restritivo e no grupo purgativo

Resolução da perturbação	Grupo	N	Média	DP	F (1.53)	p
Resolução em questões normativas da vinculação	Restritivo	23	6.78	1.73		
	Purgativo	32	6.68	1.53		
					.046	.831
Resolução em questões não-normativas da vinculação	Restritivo	23	4.48	1.24		
	Purgativo	32	4.91	1.55		
					1.198	.279

Através da análise de variância (MANOVA) foi possível constatar a ausência de diferenças significativas entre o grupo restritivo e o grupo purgativo, na Resolução da perturbação em temas normativos e em temas não-normativos da vinculação (Wilks' Lambda=.969, $F(2.52) = .823$; $p = .445$).

Os testes univariados (Quadro 46) demonstraram a inexistência de diferenças significativas entre o grupo restritivo e o grupo purgativo, em relação à Resolução em temas normativos e em temas não-normativos da vinculação.

3.4 Resolução da perturbação

O Quadro 47 mostra a Resolução da perturbação e o grupo restritivo e purgativo.

Quadro 47**Resolução da perturbação e grupo restritivo e purgativo**

	Grupos	N	Média	DP	t (53)	p
Resolução da perturbação	Restritivo	23	11.26	2.53	-.479	.634
	Purgativo	32	11.59	2.55		

Da análise do quadro anterior, não se observam diferenças significativas entre o grupo restritivo e purgativo no que se refere à Resolução da Perturbação.

3.5 Compreensão emocional

A Compreensão emocional no grupo restritivo e no grupo purgativo é apresentada no quadro que se segue.

Quadro 48**Compreensão emocional no grupo restritivo e no grupo purgativo**

	Grupos	N	Média	DP	t (53)	p
Compreensão emocional	Restritivo	20	26.96	4.72	-1.043	.302
	Purgativo	20	28.28	4.59		

Em relação à Compreensão emocional, não se verificam diferenças significativas entre o grupo restritivo e o grupo purgativo.

4. VINCULAÇÃO E EPISÓDIOS EMOCIONAIS NO GRUPO RESTRITIVO E NO GRUPO PURGATIVO

Com o objectivo de estabelecer a relação entre a vinculação e os episódios emocionais, calculámos as correlações, separadamente para o grupo restritivo e purgativo, entre as estratégias de vinculação e os episódios emocionais de valência

positiva, de valência negativa e indeterminados. Os resultados são apresentados no quadro que se segue.

Quadro 49

Correlações entre estratégias da vinculação e episódios emocionais no grupo restritivo e no grupo purgativo

	Grupos	N	EE val positiva	EE val negativa	EE indeterminados
Segurança-	Restritivo	23	-.115	.072	.064
Insegurança	Purgativo	32	.053	-.026	-.017
Desactivação-	Restritivo	23	-.209	.173	.071
Hiperactivação	Purgativo	32	-.102	.367*	-.278

No grupo restritivo, não foram encontradas correlações significativas.

No grupo purgativo, observa-se apenas uma correlação positiva significativa entre os Episódios emocionais de valência negativa e a estratégia de Desactivação-hiperactivação, o que os aproxima do pólo da desactivação.

5. VINCULAÇÃO E COMPREENSÃO EMOCIONAL NO GRUPO RESTRITIVO E NO GRUPO PURGATIVO

Em seguida, com o objectivo de estabelecer a relação entre vinculação e compreensão emocional, apresentam-se as correlações entre as estratégias de vinculação primárias e variáveis da compreensão emocional.

Quadro 50

Correlações entre estratégias de vinculação primárias e compreensão emocional no grupo restritivo e no grupo purgativo

	Grupos	N	CE	CEn	CEnn
Segurança-	Restritivo	23	.439*	.745**	-.108
Insegurança	Purgativo	32	.103	.100	.064

No grupo restritivo, observam-se correlações positivas significativas entre a Segurança-insegurança e a Compreensão emocional e entre a Segurança-insegurança e a Compreensão emocional nas questões normativas da vinculação, aproximando ambas as variáveis da compreensão emocional do polo da Segurança.

O quadro que se segue apresenta as correlações entre as estratégias da vinculação e o Reconhecimento e Resolução da perturbação.

Quadro 51

Correlações entre reconhecimento e resolução emocional e estratégias de vinculação primárias no grupo restritivo e no grupo purgativo

	Grupos	N	REC	RES
Segurança-	Restritivo	23	.112	.685**
Insegurança	Purgativo	32	-.098	.298

Observa-se apenas uma correlação positiva significativa, no grupo restritivo, entre a Segurança-insegurança e a Resolução da perturbação, o que corresponde a uma aproximação desta variável ao polo da Segurança.

Com vista a verificar a relação entre a resolução da perturbação e a coerência, calculou-se a correlação entre o mega-item Coerência e a Resolução da perturbação no grupo restritivo e no grupo purgativo. Observou-se uma correlação significativa positiva no grupo restritivo ($r = .545$, $p < .01$) mas este valor não foi significativo no grupo purgativo.

As correlações entre o Reconhecimento e a Resolução da perturbação em questões normativas e não-normativas da vinculação e as estratégias da vinculação estão referidas no Quadro 52.

Quadro 52

Correlações entre compreensão emocional e estratégias da vinculação no grupo restritivo e no grupo purgativo

	Grupos	N	RECn	RESn	RECnn	RESnn
Segurança-	Restritivo	23	.547**	.784**	-.326	.303
Insegurança	Purgativo	32	-.152	.337	-.018	.157

No grupo restritivo, observam-se correlações positivas significativas entre a Segurança-insegurança e o Reconhecimento da perturbação nas questões normativas e entre a Segurança-insegurança e a Resolução da perturbação nas questões normativas, o que aproxima estas variáveis do polo da Segurança.

Calculámos os valores de correlação entre a Resolução da perturbação em questões normativas e em questões não-normativas e o mega-item Coerência. Verificámos que, no grupo restritivo, a correlação entre a Resolução da perturbação nas questões normativas e o mega-item Coerência foi significativa positiva ($r = .592$, $p < .01$). A correlação entre o mega-item Coerência e a Resolução da perturbação nas questões não-normativas não foi significativa.

No grupo purgativo, não se observaram valores significativos.

6. EPISÓDIOS EMOCIONAIS E COMPREENSÃO EMOCIONAL NO GRUPO RESTRITIVO E NO GRUPO PURGATIVO

Apresentam-se, em seguida, as correlações entre os episódios emocionais por valência e variáveis da compreensão emocional.

Quadro 53

Correlações entre episódios emocionais e compreensão emocional no grupo restritivo e no grupo purgativo

	Grupos	N	EE val positiva	EE val negativa	EE indeterminados
CE	Restritivo	23	-.068	-.060	.150
	Purgativo	32	.203	-.531**	.354*
CEn	Restritivo	23	.016	-.068	.053
	Purgativo	32	.138	-.399*	.279
CEnn	Restritivo	23	-.125	-.022	.182
	Purgativo	32	.177	-.430*	.277
REC	Restritivo	23	-.121	-.042	.194
	Purgativo	32	.168	-.628**	.478*
RES	Restritivo	23	.019	-.060	.046
	Purgativo	32	.170	-.223	.081
RECn	Restritivo	23	-.032	-.035	.077
	Purgativo	32	.042	-.363*	.325
RESn	Restritivo	23	.065	-.068	.013
	Purgativo	32	.194	-.302	.135
RECnn	Restritivo	23	-.145	-.030	.209
	Purgativo	32	.194	-.570**	.398*
RESnn	Restritivo	23	-.051	.000	.076
	Purgativo	32	.088	-.069	-.001

No grupo purgativo, observam-se correlações positivas significativas entre os episódios emocionais indeterminados e a compreensão emocional, o reconhecimento da perturbação e o reconhecimento da perturbação em questões não-normativas da vinculação. Verificam-se também no grupo purgativo correlações negativas significativas entre os episódios emocionais negativos e a compreensão emocional, a compreensão emocional em questões normativas e em questões não-normativas da

vinculação, o reconhecimento da perturbação, o reconhecimento da perturbação em questões normativas e em questões não-normativas.

Nos dois grupos, não foram observadas correlações significativas entre os episódios emocionais de valência positiva e variáveis da compreensão emocional. No grupo restritivo não foram observadas correlações significativas.

7. PSICOPATOLOGIA E GRUPO RESTRITIVO E PURGATIVO

Em seguida, apresenta-se a psicopatologia geral no grupo restritivo e no grupo purgativo.

7.1 Psicopatologia geral

O quadro que se segue indica os resultados de análise de variância multivariada (MANOVA), para avaliar as diferenças entre o grupo restritivo e o grupo purgativo no que se refere às sub-escalas do *SCL-90R* - Somatização (Som), Obsessões-compulsões (Ob-C), Sensibilidade interpessoal (SI), Depressão (Dep), Ansiedade (Ans), Hostilidade (Host), Ansiedade fóbica (AF), Ideação paranóide (IP) e Psicoticismo (Psic).

Quadro 54

Sub-escalas do *SCL-90R* e grupo restritivo e purgativo

Sub-escalas do <i>SCL-90R</i>	Grupos	N	Média	DP	F(1.45)	p
SCL Somatização	Restritivo	20	1.38	.74	5.846	.020
	Purgativo	27	1.89	.68		
SCL Obsessões Compulsões	Restritivo	20	1.87	.78	2.333	.134
	Purgativo	27	2.18	.62		
SCL Sensibilidade Interpessoal	Restritivo	20	2.20	.71	.216	.644
	Purgativo	27	2.30	.80		

Sub-escalas do <i>SCL-90R</i>	Grupos	N	Média	DP	F(1.45)	p
SCL Depressão	Restritivo	20	1.99	.69	2.389	.129
	Purgativo	27	2.57	1.54		
SCL Ansiedade	Restritivo	20	1.49	.80	8.672	.005
	Purgativo	27	2.15	.72		
SCL Hostilidade	Restritivo	20	1.55	1.01	1.504	.226
	Purgativo	27	1.90	.87		
SCL Ansiedade Fóbica	Restritivo	20	.69	.64	4.021	.051
	Purgativo	27	1.15	.87		
SCL Ideação Paranóide	Restritivo	20	1.68	.82	2.315	.135
	Purgativo	27	2.04	.82		
SCL Psicoticismo	Restritivo	20	1.38	.69	1.309	.259
	Purgativo	27	1.63	.80		

A análise de variância (MANOVA) demonstrou a inexistência de diferenças significativas entre o grupo restritivo e do grupo purgativo, no que se refere às diferentes sub-escalas do *SCL-90R* (Wilks' Lambda = .747, $F(9.37) = 1.393$; $p = .227$).

Os testes univariados (Quadro 57) revelaram a existência de diferenças significativas entre o grupo restritivo e o grupo purgativo, em relação às sub-escalas Somatização ($F(1.45) = 5.846$; $p < .05$) e Ansiedade ($F(1.45) = 8.672$; $p = .005$). Na sub-escala Somatização, o grupo purgativo ($M = 1.38$; $DP = .74$) apresentou um valor superior ao grupo restritivo ($M = 1.88$; $DP = .68$). Na sub-escala Ansiedade, o grupo purgativo ($M = 2.15$; $DP = .72$) apresentou um valor superior ao grupo restritivo ($M = 1.49$; $DP = .80$). Observou-se ainda uma tendência estatística em relação à sub-escala Ansiedade Fóbica ($F(1.45) = 4.021$; $p = .051$) para o grupo purgativo apresentar um valor superior ao grupo restritivo.

O Quadro 55 apresenta as diferenças entre o grupo restritivo e purgativo, em relação ao Índice Geral de Sintomas - IGS (combina o número de sintomas com a sua intensidade), o Índice de Sintomas Positivos - ISP (traduz a intensidade relativa ao número de sintomas presentes) e o Número de Sintomas Positivos -NSP (indica o número de sintomas presentes), medidas referentes ao *SCL-90R*.

Quadro 55**IGS, NSP e ISP e grupo restritivo e purgativo**

	Grupos	N	Media	DP	t	p
SCL Índice Geral Sintomas (IGS)	Restritivo	19	1.61	.63		
	Purgativo	27	2.05	.61	-2.368 t (44)	.022
SCL Índice de Sintomas Positivos (add) (ISP)	Restritivo	20	12.25	4.85		
	Purgativo	28	16.36	5.04	-2.825 t (46)	.007
SCL Numero de Sintomas Positivos (soma tt) (NSP)	Restritivo	20	145.11	56.66		
	Purgativo	27	184.41	54.55	-2.368 t (44)	.022

Da análise do quadro anterior, observam-se diferenças significativas entre o grupo restritivo e o grupo purgativo em relação ao Índice Geral de Sintomas ($t(44)=-2.368$, $p<.05$), ao Índice de Sintomas Positivos ($t(46)=-2.825$, $p<.01$) e ao Número de Sintomas Positivos ($t(44)=-2.368$, $p<.05$), com o grupo purgativo a apresentar resultados mais elevados do que o grupo restritivo nas três variáveis totais do *SCL-90R*.

7.2 Psicopatologia alimentar

O quadro que se segue apresenta as relações entre a psicopatologia alimentar e o grupo restritivo e purgativo. A psicopatologia alimentar foi avaliada através do EDI, que integra as seguintes sub-escalas - Impulso para emagrecer (IEmag), Desconfiança

Interpessoal (DI), Perfeccionismo (Per), Bulimia (Bul), Medos de maturidade (MMat), Consciência Interoceptiva (CI), Insatisfação Corporal (IC) e Ineficácia (Ine).

Quadro 56

Sub-escalas do EDI e grupo restritivo e purgativo

Sub-escalas do EDI	Grupos	N	Média	DP	F(1,40)	p
EDI Impulso para emagrecer	Restritivo	17	9.41	8.83	9.985	.003
	Purgativo	25	16.44	5.61		
EDI Desconfiança Interpessoal	Restritivo	17	5.71	3.70	-.363	.550
	Purgativo	25	6.52	4.66		
EDI Perfeccionismo	Restritivo	17	6.12	2.42	2.079	.157
	Purgativo	25	8.00	4.98		
EDI Bulimia	Restritivo	17	1.24	2.36	18.562	.000
	Purgativo	25	7.08	5.23		
EDI Medos de maturidade	Restritivo	17	8.94	6.99	.125	.725
	Purgativo	25	8.32	4.39		
EDI Consciência interoceptiva	Restritivo	17	8.94	6.34	7.064	.011
	Purgativo	25	13.88	5.61		
EDI Insatisfação corporal	Restritivo	17	11.35	4.03	8.080	.007
	Purgativo	25	17.56	8.34		
EDI Ineficácia	Restritivo	17	9.41	7.04	2.594	.115
	Purgativo	25	13.24	7.89		

A análise de variância (MANOVA) comprovou a existência de diferenças significativas entre o grupo restritivo e do grupo purgativo, no que se refere às diferentes sub-escalas do EDI (Wilks' Lambda= .508, $F(8,33) = 6.993$; $p=.002$).

Os testes univariados (Quadro 59) revelaram a existência de diferenças significativas entre o grupo restritivo e o grupo purgativo, no que se refere às sub-escalas Impulso para emagrecer ($F(1.40)=9.985$, $p<.005$), Bulimia ($F(1.40)=18.562$, $p<.001$), Consciência interoceptiva ($F(1.40)=7.064$, $p<.05$) e Insatisfação corporal ($F(1.40)=8.080$, $p<.01$).

A sub-escala Impulso para emagrecer apresentou um valor superior no grupo purgativo ($M=16.44$; $DP=5.61$) em relação ao grupo restritivo ($M=9.41$; $DP=8.83$). A sub-escala Bulimia obteve um valor superior no grupo purgativo ($M=7.08$; $DP=5.23$) em relação ao grupo restritivo ($M=1.23$; $DP=2.36$). A sub-escala Consciência interoceptiva teve um valor superior no grupo purgativo ($M=13.88$; $DP=5.61$) em relação ao grupo restritivo ($M=8.94$; $DP=6.33$). A sub-escala Insatisfação corporal apresentou um valor superior no grupo purgativo ($M=17.56$; $DP=8.34$) em relação ao grupo restritivo ($M=11.35$; $DP=4.03$).

O quadro que se segue compara o grupo restritivo e purgativo, no que se refere ao EDI total.

Quadro 57

EDI total e grupo restritivo e purgativo

	Grupos	N	Média	DP	t (40)	p
EDI total	Restritivo	17	61.12	30.50		
	Purgativo	25	91.04	30.60		
					-3.115	.003

O quadro anterior revela diferenças significativas entre o grupo restritivo e o grupo purgativo, no que se refere ao EDI total ($t(40)=-3.115$, $p<.005$). Este valor apresenta um valor superior no grupo purgativo ($M=91.04$; $DP=30.60$) em relação ao grupo restritivo ($M=61.12$; $DP=30.50$).

7.3 Psicopatologia geral e alimentar

O quadro seguinte apresenta as correlações entre as sub-escalas do EDI - Impulso para emagrecer (IEmag), Desconfiança Interpessoal (DI), Perfeccionismo (Per), Bulimia

(Bul), Medos de maturidade (MMat), Consciência Interoceptiva (CI), Insatisfação Corporal (IC), Ineficácia (Ine), e as sub-escalas do *SCL-90R* - Somatização (Som), Obsessões-Compulsões (Ob-C), Sensibilidade Interpessoal (SI), Depressão (Dep), Ansiedade (Ans), Hostilidade (Host), Ansiedade Fóbica (AF), Ideação Paranóide (IP) e Psicoticismo (Psic).

Quadro 58

Correlações entre as sub-escalas do *EDI* e as sub-escalas do *SCL-90R*

	Grupo	SCL Som	SCL Ob-C	SCL SI	SCL Dep	SCL Ans	SCL Host	SCL AF	SCL IP	SCL Psic
EDI IEmag	Restritivo	.406	.568*	.715**	.615**	.620**	.197	.271	.453	.428
	Purgativo	.464*	.428*	.254	.069	.382*	.402*	.261	.196	.163
EDI DI	Restritivo	-.046	.289	.542*	.164	.262	.194	.062	.377	.249
	Purgativo	.251	.305	.502**	.120	.486*	.209	.215	.640**	.537**
EDI Per	Restritivo	.204	.309	.611**	.392	.430	.198	.315	.653**	.534*
	Purgativo	.227	.229	.249	.279	.386*	.089	.003	.260	.085
EDI Bul	Restritivo	.272	.215	.189	.352	.261	.057	-.036	.053	.076
	Purgativo	-.039	.093	.117	-.335	-.003	.184	-.073	.018	-.095
EDI MMat	Restritivo	.251	.426	.581*	.360	.461	.207	.419	.392	.370
	Purgativo	.306	.453*	.441*	.018	.285	.325	.312	.310	.433*
EDI CI	Restritivo	.413	.653**	.893**	.601*	.642**	.348	.559*	.643**	.627**
	Purgativo	.383*	.501**	.741**	.034	.662**	.498**	.325	.648**	.584**
EDI IC	Restritivo	.080	.134	.482*	.298	.369	-.039	.223	.134	.169
	Purgativo	.560**	.496**	.576**	.134	.557**	.337	.456*	.423*	.377
EDI Ine	Restritivo	.077	.518*	.701**	.486*	.451	.202	.173	.532*	.525*
	Purgativo	.344	.443*	.701**	.088	.641**	.233	.371	.614**	.422*

***p<.001; **p<.01; *p<.05; +p<.10

Da análise do quadro anterior, constata-se a existência de correlações positivas significativas no grupo restritivo e no grupo purgativo entre sub-escalas do EDI e sub-escalas do *SCL-90R*.

A sub-escala do EDI Consciência interoceptiva foi a que apresentou mais correlações significativas com sub-escalas do *SCL-90R*. Assim, no grupo restritivo, correlacionou-se de modo significativo com as sub-escalas Obsessões-compulsões, Sensibilidade interpessoal, Depressão, Ansiedade, Ansiedade fóbica, Ideação paranóide e Psicoticismo. No grupo purgativo, apresentou correlações significativas com as sub-escalas Somatização, Obsessões-compulsões, Sensibilidade interpessoal, Ansiedade, Hostilidade, Ideação paranóide e Psicoticismo.

A sub-escala do EDI Ineficácia apresentou no grupo restritivo correlações significativas com as sub-escalas do *SCL-90R* Obsessões-compulsões, Sensibilidade interpessoal, Depressão, Ideação paranóide e Psicoticismo, e no grupo purgativo com as sub-escalas Obsessões-compulsões, Sensibilidade interpessoal, Ansiedade, Ideação paranóide e Psicoticismo.

A sub-escala do EDI Impulso para Emagrecer obteve no grupo restritivo correlações significativas com as sub-escalas do *SCL-90R* Obsessões-compulsões, Sensibilidade interpessoal, Depressão e Ansiedade, e no grupo purgativo com as sub-escalas Somatização, Obsessões-compulsões, Ansiedade e Hostilidade.

As sub-escalas do EDI Insatisfação corporal, Desconfiança interpessoal, Medos de maturidade e Perfeccionismo obtiveram igualmente correlações significativas com sub-escalas do *SCL-90R* embora em número diferente nos grupos restritivo e purgativo.

A sub-escala do *EDI* Insatisfação corporal obteve no grupo purgativo correlações significativas com as sub-escalas do *SCL-90R* Somatização, Obsessões-compulsões, Sensibilidade interpessoal, Ansiedade, Ansiedade fóbica e Ideação paranóide, e no grupo restritivo apenas com a sub-escala Sensibilidade interpessoal.

A sub-escala do *EDI* Desconfiança interpessoal apresentou no grupo purgativo correlações significativas com as sub-escalas do *SCL-90R* Sensibilidade interpessoal, Ansiedade, Ideação paranóide e Psicoticismo, e no grupo restritivo apenas com a sub-escala Sensibilidade interpessoal.

A sub-escala do *EDI* Medos de Maturidade no grupo purgativo obteve correlações significativas com as sub-escalas do *SCL-90R* Obsessões-compulsões, Sensibilidade interpessoal e Psicoticismo, e no grupo restritivo apenas com a sub-escala Sensibilidade interpessoal.

A sub-escala do *EDI* Perfeccionismo apresentou no grupo restritivo correlações significativas com as sub-escalas do *SCL-90R* Sensibilidade interpessoal, Ideação paranóide e Psicoticismo, e no grupo purgativo apenas com a sub-escala Ansiedade.

A sub-escala do *EDI* Bulimia não apresenta correlações significativas com as sub-escalas do *SCL-90R* em ambos os grupos.

8. PREDITORES DA PERTENÇA AO GRUPO RESTRITIVO VS PURGATIVO

Com o objectivo de prever a pertença ao grupo restritivo vs. purgativo, e dado a variável independente - pertença ao grupo restritivo vs. purgativo - ser binária, realizámos três análises de regressão logística. À semelhança dos procedimentos que utilizámos no primeiro estudo, inserimos os preditores ou variáveis independentes numa determinada ordem, pois pretendíamos avaliar, primeiro, os efeitos de variáveis, que em termos desenvolvimentais (Guidano & Liotti, 1983) são relevantes para definir a organização das perturbações alimentares (a vinculação e as emoções); seguidamente, entraram as variáveis mais próximas temporalmente, relativas à expressão actual de sintomas (sintomatologia geral e alimentar). Realizámos duas análises de regressão logística até chegarmos a um modelo final de predição da pertença ao grupo restritivo vs. purgativo. Optámos por modelos independentes devido ao tamanho reduzido da amostra.

Foram usados como preditores da pertença ao grupo restritivo vs. purgativo três tipos de variáveis: variáveis relativas à vinculação, variáveis relativas às emoções e variáveis relativas à sintomatologia geral e alimentar.

No primeiro modelo, incluímos as variáveis da vinculação e as variáveis emocionais, procurando-se integrar, deste modo, os pressupostos teóricos de Guidano e Liotti relativamente às perturbações alimentares, que salientam a importância deste conjunto de variáveis no desenvolvimento desta organização. Outros estudos têm salientado que o desenvolvimento emocional ocorre no seio das relações de vinculação que constituem, por sua vez, a matriz das diferenças individuais ao nível da regulação emocional e da auto-regulação.

Neste sentido, foram introduzidas as seguintes variáveis: os padrões de vinculação, os mega-itens Ruptura familiar, Preocupado, Emaranhamento familiar, a

estratégia de vinculação Desactivação-hiperactivação, e os Episódios emocionais de valência negativa. No entanto, devido à presença de multicolinearidade entre alguns dos preditores, foram excluídas algumas variáveis. Em primeiro lugar, os padrões de vinculação, que anteriormente tinham sido transformados em variáveis *dummy* – seguros vs outros e desligados vs outros, foram excluídos. Em segundo lugar, devido ao facto dos mega-itens Preocupado e Emaranhamento familiar serem extremamente sobreponíveis, optou-se por manter o segundo, proposto por Pinho (2000), visto o primeiro ser apenas marginalmente significativo.

Quadro 59

Regressão logística binária para a predição da pertença ao grupo restritivo vs grupo purgativo usando como preditores as variáveis da vinculação e das emoções (N=55)

		B	p	Modelo
Modelo 1	Ruptura Familiar	.096	.104	$\chi^2(4)=22.165, p=.000$
	Emaranhamento Familiar	-.004	.907	
	Desactiv-Hiperactivação	-4.196	.008	
	EE valência negativa	72.833	.023	

*** $p<.001$; ** $p<.01$; * $p<.05$; + $p<.10$

A partir da análise do quadro anterior, verifica-se que o modelo um é significativo ($\chi^2(4)=22.165, p=.000$). Conclui-se que as variáveis Desactivação-hiperactivação ($p<.01$) e os Episódios emocionais de valência negativa ($p<.05$) constituíram preditores significativos, otendo ambas as variáveis valores mais elevados no grupo purgativo em relação ao grupo restritivo. O valor negativo do preditor Desactivação-hiperactivação aproxima o grupo purgativo do pólo da hiperactivação.

No segundo modelo, incluímos as variáveis relativas à sintomatologia geral e alimentar. Era do nosso interesse investigar até que ponto o efeito da expressão actual de sintomatologia, um conjunto de variáveis mais próximas da perturbação em termos temporais, poderia ter um efeito significativo ao nível da pertença ao grupo restritivo e purgativo. Foram introduzidas as sub-escalas da psicopatologia geral (SCL-90R) – Somatização, Ansiedade, Ansiedade fóbica e as sub-escalas da psicopatologia alimentar (EDI) – Impulso para emagrecer, Bulimia, Consciência interoceptiva e Insatisfação corporal.

O quadro seguinte apresenta o segundo modelo de regressão, que inclui as variáveis da psicopatologia geral e alimentar.

Quadro 60

Regressão logística binária para a predição da pertença ao grupo restritivo vs grupo purgativo usando como preditores as variáveis da psicopatologia geral e alimentar (N=55)

		B	p	Modelo
Modelo 2	Somatização	-.087	.921	$\chi^2(7)=23.275, p=.002$
	Ansiedade	.364	.730	
	Ansiedade fóbica	.473	.576	
	Impulso para emagrecer	-.074	.388	
	Bulimia	.468	.015	
	Consciência interoceptiva	.060	.524	
	Insatisfação corporal	.079	.317	

***p<.001; **p<.01; * p<.05; +p<.10

Optamos por incluir neste segundo modelo as sub-escalas da psicopatologia geral e alimentar em vez dos valores totais, visto as sub-escalas permitirem uma análise mais fina. A partir da análise do quadro anterior, constata-se que este modelo é significativo ($\chi^2(7)=23.275, p=.002$). Conclui-se que o único preditor significativo é a Bulimia ($p<.05$).

Foi realizado um último modelo de regressão logística, tendo sido incluídos apenas os preditores significativos dos modelos anteriores - a Desativação-hiperactivação, os Episódios emocionais de valência negativa e a Bulimia, e em que procurámos avaliar o contributo particular de cada preditor para o modelo final.

Quadro 61

Modelo final de regressão logística binária para a predição da pertença ao grupo restritivo vs grupo purgativo usando como preditores a desactivação-hiperactivação, a bulimia e os episódios emocionais de valência negativa (N=55)

		B	p	Modelo final
Modelo 3	Desactiv-hiperactivação	-4.298	.015	$\chi^2(3)=29.422, p=.000$
	Episódios emocionais de valencia negativa	97.690	.049	
	Bulimia	.383	.018	
Modelo Final				$\chi^2(3)=29.422, p=.000$

*** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$; + $p < .10$

Como se pode observar a partir da análise do quadro anterior, o modelo final é significativo ($\chi^2(3)=29.422, p=.000$). Conclui-se que as variáveis Desactivação-hiperactivação ($p < .05$), os Episódios emocionais de valência negativa ($p < .05$) e a Bulimia ($p < .05$) constituíram os preditores significativos da pertença ao grupo restritivo vs purgativo. Estas variáveis tiveram maior expressão no grupo purgativo relativamente ao grupo restritivo. O preditor Desactivação-hiperactivação, devido ao seu valor negativo, aproximou o grupo purgativo do pólo da hiperactivação.

Em resumo, as variáveis que no segundo estudo diferenciaram o grupo restritivo e o grupo purgativo foram os padrões de vinculação, os mega-itens Ruptura familiar, Preocupado e Emaranhamento familiar, a estratégia de Desactivação-hiperactivação, a Somatização, a Ansiedade, o Impulso para emagrecer, a Bulimia, a Consciência interoceptiva e a Insatisfação corporal. Os Episódios emocionais de valência negativa e a Ansiedade fóbica constituíram variáveis apenas marginalmente significativas. Por último, a estratégia de Desactivação-hiperactivação, os Episódios emocionais de valência negativa e a Bulimia constituíram variáveis preditoras da pertença ao grupo restritivo vs. purgativo, verificando-se uma maior hiperactivação e valores mais elevados das restantes variáveis no grupo purgativo.

CAPÍTULO 6:

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na discussão dos resultados, começamos por apresentar uma reflexão sobre os resultados do primeiro estudo, centrando-nos nas diferenças entre o grupo clínico e o grupo não-clínico. Em seguida, discutem-se os resultados do segundo estudo, incidindo sobre as diferenças entre o grupo restritivo e o grupo purgativo. Depois, procuramos analisar as relações entre vinculação, episódios emocionais e compreensão emocional. Finalmente, apresentam-se as principais limitações da nossa investigação bem como propostas para novos estudos.

Grupo clínico e grupo não-clínico

Um dos nossos objectivos, subjacente ao primeiro estudo, consistiu em identificar as diferenças entre um grupo de pacientes com perturbações alimentares e um grupo de sujeitos sem patologia no que respeita à vinculação, e aos episódios emocionais e compreensão emocional associados à vinculação. Neste âmbito, examinaram-se também as variáveis que poderiam constituir preditores da pertença ao grupo clínico vs. não-clínico. Como hipóteses, seria de esperar que o grupo clínico estivesse associado à insegurança da vinculação e a estratégias de vinculação secundárias e, consoante o padrão de vinculação dominante, a uma expressão emocional reduzida (padrão desligado) ou exacerbada (padrão preocupado), com a presença exclusiva ou de emoções positivas (padrão desligado) ou de negativas (padrão preocupado) e, ainda, a uma menor compreensão emocional, caracterizada sobretudo por uma baixa resolução da perturbação. Pelo contrário, a segurança da vinculação e a utilização de estratégias de primárias, a expressão balanceada de emoções positivas e negativas bem como uma frequência de emoções nem demasiado elevada nem demasiado reduzida, e uma Compreensão emocional elevada, caracterizada sobretudo por uma elevada Resolução

da perturbação seriam aspectos associados ao grupo não-clínico. Seriam estes os resultados esperados ao nível da expressão e compreensão emocional na medida em que o padrão de vinculação seguro e as estratégias de vinculação primárias seriam mais prováveis no grupo não-clínico. A presença de situações perturbadoras nas questões críticas da vinculação estaria associada, no grupo não-clínico, a um Reconhecimento, pelo menos moderado, dessas situações. Considerámos que a insegurança da vinculação constituiria o principal preditor de pertença do grupo clínico vs. não-clínico.

Em relação à vinculação, observou-se no grupo clínico, por comparação com o grupo não-clínico, uma percentagem significativamente superior do padrão de vinculação Preocupado, valores mais elevados em mega-itens relacionados com a insegurança da vinculação (Ruptura familiar, Emaranhamento familiar e Preocupado) e resultados significativamente mais baixos em mega-itens relacionados com a segurança (Mãe base segura e Pai disponível) e, ainda, um predomínio das estratégias de vinculação secundárias, no sentido de uma aproximação ao pólo da hiperactivação. Não foram observadas diferenças entre os grupos em relação às estratégias de vinculação primárias.

Estes resultados vão ao encontro da nossa hipótese inicial, no sentido de uma maior probabilidade de insegurança da vinculação no grupo clínico. A insegurança da vinculação tem sido referida na literatura como um factor de risco para a psicopatologia e, em particular, para o desenvolvimento de perturbações alimentares. Diversos padrões de funcionamento familiar patogénico têm sido associados a uma maior probabilidade da criança vir a desenvolver trajectórias de desenvolvimento menos adaptativas. Os nossos resultados vão assim na linha dos estudos que sugerem uma associação entre organizações inseguras e a psicopatologia na adolescência (Sroufe et al., 2005b), uma sobre-representação destas organizações em amostras clínicas na idade adulta (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996), e ainda uma maior probabilidade de insegurança da vinculação em pacientes com perturbações alimentares (Ward et al., 2000; Broberg et al., 2001; Dias, 2007; Evans, 2003; Hochdorf et al., 2005; Lehoux, 2001; Leung et al., 2000; Noe, 2001; Orzolek-Kronner, 2002; Troisi et al., 2005). Estes resultados são igualmente suportados por investigações de natureza clínica menos recentes que acentuam o impacto das relações familiares na trajectória das perturbações

alimentares (Bruch, 1973; Guidano, 1987, 1991; Guidano & Liotti, 1983; Minuchin et al, 1978; Selvini-Pallazoli, 1974), designadamente o emaranhamento familiar.

A insegurança da vinculação foi obtida a partir das medidas dimensionais da vinculação (mega-itens e estratégias de vinculação). Refira-se que a distribuição dos sujeitos preocupados no grupo não-clínico (N=2) e dos sujeitos desligados no grupo clínico (N=3) é muito reduzida, pelo que a leitura dos resultados em relação aos padrões de vinculação deve ser feita com precaução. Por conseguinte, os nossos resultados foram ao encontro da hipótese inicial de maior insegurança no grupo clínico, tendo por base determinados mega-itens e as estratégias de vinculação secundárias. O mesmo não deve ser afirmado em relação aos padrões de vinculação, pelas razões expostas acima.

Refira-se, ainda, a ausência de diferenças entre os grupos clínico e não-clínico relativamente às estratégias de vinculação primárias. A elevada percentagem de sujeitos inseguros no grupo não-clínico foi certamente responsável por este resultado.

Não integrámos o estudo da desorganização no âmbito da nossa investigação. Mas dada a importância que a desorganização da vinculação começa a assumir na literatura como variável preditora da psicopatologia, seria interessante em futuras investigações estudar a relação entre a desorganização da vinculação e as perturbações alimentares.

No que respeita aos episódios emocionais, observou-se no grupo clínico, por comparação com o grupo não-clínico, uma maior proporção, embora apenas marginalmente significativa, de episódios emocionais *self* e uma proporção significativamente mais reduzida, de episódios emocionais indeterminados. Não se observaram diferenças significativas entre o grupo clínico e o grupo não-clínico, no que se refere aos episódios emocionais em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação, relativamente aos episódios emocionais de valência positiva e de valência negativa, e ainda em relação aos episódios emocionais outros e episódios outros-outros.

A classificação de episódios emocionais em função da valência positiva e negativa não permitiu diferenciar o grupo clínico e não-clínico, o que não apoia a nossa hipótese inicial. Particularmente, em relação ao afecto negativo, eram esperadas diferenças entre os grupos, com base na literatura da vinculação, que acentua a expressão de afecto negativo nos sujeitos preocupados (Mikulincer et al., 2003), a relação entre o padrão preocupado e as perturbações alimentares (Noe, 2001) e, sobretudo, a associação entre as perturbações alimentares e o afecto negativo (Cooley & Toray, 2001; Downs, 1998;

Engelberg, Steiger, & Gauvin, 2007; Guidano & Liotti, 1983; Killen et al., 1996; Markey & Vander Wal, 2007; Overton et al., 2005; Podar, Hannus, & Allik, 1999; Polivy & Herman, 2002; Powell & Thelen, 1996; Sherwood, Crowther, & Wills, 2000; Stice, 2001, 2002; Stice & Agras, 1998; Stice, Nemeroff, & Shaw, 1996; Tyrka, Waldron, & Graber, 2002; Van Strien, Engels, & Van Leeuwe, 2005; Wertheim et al., 2001; Wichstrom, 2000; Wozniak, 1997). O facto de não ter sido possível realizar uma análise comparativa entre os grupos clínico e não-clínico, relativamente à associação entre os padrões de vinculação e episódios emocionais, devido ao número de sujeitos nos padrões de vinculação inseguros ser reduzido, não permitiu testar a nossa hipótese inicial. Por outro lado, o facto da percentagem de pacientes purgativos e restritivos no grupo clínico ser semelhante pode em certa medida explicar os resultados obtidos. É provável que a existência de sujeitos restritivos - a literatura refere a supressão do afecto negativo na anorexia nervosa (Geller et al., 2000; Sohlberg & Srober, 1994) - tenha atenuado a expressão do afecto negativo dos pacientes purgativos.⁶

Uma constatação interessante foi a da existência no grupo clínico de uma proporção significativamente mais reduzida de episódios emocionais indeterminados. Tratando-se de um grupo de pacientes com perturbações alimentares, esperávamos mais dificuldades de diferenciação emocional, o que não se verificou. Recorde-se que o carácter indefinido, e por vezes confuso, destas palavras emocionais não permite a sua inclusão inequívoca em categorias emocionais específicas. A sua maior proporção no grupo não-clínico poderá ficar a dever-se ao facto de se verificar, num grupo sem patologia, menos situações de adversidade. Este aspecto associado ao facto de se tratar de adolescentes, poderá explicar uma menor necessidade ou urgência de activação de emoções primárias, em situações críticas de intensidade/frequência fraca ou moderada. Na ausência de patologia e de factores de risco significativos, o período desenvolvimental da adolescência, caracterizado pela revisão dos modelos de vinculação precoces (Ainsworth, 1990), seguirá uma trajectória que levará decerto a

⁶ No grupo não-clínico, o número mínimo e máximo mais elevados de episódios emocionais foram observados no padrão preocupado, apesar deste padrão integrar apenas dois sujeitos (10% da amostra). O padrão desligado obteve o número mínimo e máximo mais reduzidos. No grupo clínico, o número máximo mais elevado continuou a verificar-se no padrão preocupado; o padrão desligado obteve aqui também o número mínimo e máximo mais reduzidos. Recorde-se que o grupo clínico incluiu uma percentagem de 50% de sujeitos preocupados.

uma maior individuação dos sujeitos, no sentido de uma maior diferenciação emocional durante o ciclo vital (Carstensen, Pasupathi, Mayr, & Nesselrode, 2000). Pelo contrário, é provável que a presença de psicopatologia, com a ocorrência de adversidade que ela representa, possa contribuir para a manutenção de um estado de indefinição e de impossibilidade de diferenciação emocional, não favorecendo a expressão franca e directa de emoções, e podendo, assim, dificultar o processo de individuação, sobretudo se não actuarem factores protectores que diminuam o efeito dos factores patogénicos associados à perturbação clínica. Na medida em que esta variável do ponto de vista conceptual poderá ser próxima de um dos componentes da alexitimia (dificuldades em reconhecer as emoções), da somatização e da baixa consciência interoceptiva, seria interessante aprofundar estas relações em futuros estudos, a partir de uma perspectiva desenvolvimental.

Estimulando a AAI a descrição de experiências pessoais em questões críticas da vinculação, nas quais o sujeito esteve envolvido emocionalmente, para além da constatação de uma proporção elevada de episódios *self* em ambos os grupos, observou-se, ainda, uma proporção superior de episódios emocionais *self* no grupo clínico, por comparação com o grupo não-clínico. É provável que a condição clínica destes sujeitos, traduzindo um resultado desenvolvimental adverso, associada a uma proporção significativa de pacientes com um padrão de vinculação preocupado, possa predispor para uma maior expressão emocional e que além disso, devido ao processo terapêutico em que estas pacientes se encontram envolvidas, se observe uma maior centração nas experiências emocionais relativas ao *self*, que embora possa constituir uma condição necessária, não será suficiente para a resolução de situações críticas da vinculação. O processo terapêutico em curso no grupo clínico pode ainda explicar a ausência de diferenças entre os grupos clínico e não-clínico, no que se refere aos episódios emocionais outros e episódios outros-outros. O que distinguiu o grupo clínico foi a maior incidência de episódios emocionais *self*, em que a expressão emocional do próprio esteve assim activada em situações críticas da vinculação.

A nível da expressão emocional nas perturbações alimentares, seria importante desenvolver instrumentos que possibilitassem uma avaliação mais direccionada para aspectos como a frágil demarcação entre o *self* e os outros, e a sobrevalorização das estruturas externas de referência em detrimento da expressão de sentimentos próprios, (Guidano, 1987, 1991; Guidano & Liotti, 1983), aspectos referidos na literatura e que o método dos episódios emocionais não permitiu avaliar na sua complexidade.

Não se observaram diferenças entre o grupo clínico e não-clínico, no que respeita aos episódios emocionais em questões normativas e não-normativas da vinculação. Seria de esperar no grupo clínico uma maior proporção de episódios emocionais nas questões não-normativas, tendo em conta a elevada proporção de sujeitos preocupados e porque tratando-se de um grupo clínico, a probabilidade destes sujeitos descreverem situações de rejeição e ameaça seria maior. Pode colocar-se a questão de até que ponto a *AAI* avalia eficazmente estas situações em grupos clínicos. Refira-se que, mesmo assim, no grupo clínico, quando comparado com o grupo não-clínico, se observam frequências mais elevadas de episódios emocionais em todas as questões críticas da vinculação, normativas e não-normativas.

No que respeita à compreensão emocional, verificámos no grupo clínico, por comparação com o grupo não-clínico, um maior Reconhecimento da perturbação.

O Reconhecimento de perturbação teve maior expressão grupo clínico, o que significa não só uma activação emocional mais elevada, mas também uma maior capacidade de contextualização da perturbação naquele grupo. A presença e identificação de experiências pessoais adversas nas questões críticas da vinculação podem ajudar a explicar a maior activação emocional verificada. Por outro lado, o facto de serem pacientes em tratamento poderá ter contribuído para uma maior contextualização da perturbação, possibilitando, assim, não só a descrição de acontecimentos com uma tonalidade emocional, mas também a utilização da capacidade de abstracção (Mergenthaler, 1996). Recorde-se que Guidano e Liotti referiam, como característica da estrutura cognitiva destas pacientes, a dificuldade em usarem o pensamento formal, em desenvolvimento no período da adolescência, nas tarefas do *self* e nas relações interpessoais (Guidano & Liotti, 1983).

O Reconhecimento nas questões não-normativas da vinculação foi tendencialmente superior no grupo clínico. É provável que a capacidade de contextualização da perturbação, que caracteriza o reconhecimento, tenha sido decisiva nestes resultados. Mais uma vez, a este nível, o tratamento em curso poderá ter um impacto significativo na descrição das experiências patogénicas que integram as questões não-normativas da vinculação e sua contextualização. Bowlby referiu que em determinadas trajectórias, as experiências de rejeição, de ameaça e perda poderão estar associadas ao risco de maior vulnerabilidade individual, podendo contribuir para aumentar a probabilidade de psicopatologia posterior. Os pacientes do grupo clínico

tenderam a descrever mais situações adversas naqueles temas, contextualizando estas situações e/ou expressando palavras emocionais associadas, o que vai ao encontro da literatura no âmbito da vinculação (Bowlby, 1973, 1980, 1988).

Em relação à Resolução da perturbação não se observaram diferenças entre os grupos. Esperaríamos que a Resolução da perturbação fosse mais elevada no grupo não-clínico, o que não aconteceu. A ausência de diferenças entre os grupos pode ter ficado a dever-se ao efeito do tratamento no grupo clínico, que poderá ter contribuído para estas pacientes desenvolverem estratégias de resolução em face de situações emocionalmente desafiantes. Por outro lado, o elevado número de sujeitos inseguros no grupo não-clínico pode ter contribuído também para os resultados. Recorde-se que, na construção da escala da Resolução, partimos do pressuposto de que uma elevada compreensão emocional estaria associada à segurança da vinculação, com a escala da Resolução associada à organização formal do discurso na AAI, especialmente, à coerência. A ausência de diferenças pode ainda ser explicada por limitações do próprio método, nomeadamente, pelo facto da escala posuir um intervalo reduzido (4 pontos), dificultando a discriminação dos resultados.

Não se observaram diferenças entre os grupos em relação à Compreensão emocional. Esta constatação leva-nos a especular que as duas escalas poderão não ter o mesmo comportamento em grupos clínicos e não-clínicos, sendo de prever que um elevado Reconhecimento e uma baixa Resolução de situações de perturbação no domínio da vinculação possam estar associados a padrões inseguros, que poderão surgir mais associados a grupos clínicos. Por sua vez, um Reconhecimento baixo a moderado e uma Resolução elevada, mesmo perante situações perturbadoras do ponto de vista da vinculação, estaria associado à segurança da vinculação, que seria mais provável em grupos da população normal. Contudo, serão necessários novos desenvolvimentos deste instrumento, por exemplo usando escalas de maior amplitude, para conseguir avaliar estas questões, no sentido de definir linhas de corte para grupos clínicos e não-clínicos.

Ao nível dos preditores, constatámos que o mega-item Ruptura familiar constituiu o preditor significativo da pertença ao grupo clínico vs. não-clínico. De salientar que a variável Idade, quando foi incluída isoladamente, constituiu um preditor significativo, mas quando foi associada a outras variáveis, não foi significativa. Estes resultados vão ao encontro da nossa hipótese inicial, de que a insegurança da vinculação constituiria o

preditor de pertença ao grupo clínico vs. não-clínico, e situa-se na linha dos estudos que têm enfatizado a relação entre variáveis familiares e a psicopatologia, sugerindo que as descontinuidades existentes na prestação dos cuidados pelos pais associadas, entre outros aspectos, a conflito conjugal e/ou a situações de inversão de papel, constituem factores desfavoráveis no desenvolvimento, podendo contribuir para aumentar a probabilidade de psicopatologia (Bowlby, 1973, 1980, 1988; El-Sheikh, 2005; Scott Brown & Wright, 2003) e, em particular, para o desenvolvimento de perturbações alimentares (Campion, 2001; Gelven, 2003; Guidano, 1987, 1991; Guidano & Liotti, 1983; Gutzwiller, Oliver, & Katz, 2003; Melcher, 2004; Okine, 2000; Pakier, 2003; Turner, Rose, & Cooper, 2005).

Grupo restritivo e grupo purgativo

Um segundo objectivo da nossa investigação, subjacente ao segundo estudo, consistiu em identificar as diferenças entre um grupo restritivo e um grupo purgativo de pacientes com perturbações alimentares, em relação à vinculação, aos episódios emocionais e compreensão emocional associados à vinculação e, ainda, à psicopatologia geral e alimentar. Neste sentido, procurámos conhecer as variáveis que poderiam constituir preditores da pertença ao grupo restritivo vs. purgativo. Partimos da hipótese de que em ambos os grupos estaria sobre-representada a insegurança da vinculação e as estratégias de vinculação secundárias, com o grupo restritivo associado ao padrão desligado e o grupo purgativo associado ao padrão preocupado. Nessa medida, o grupo restritivo seria caracterizado por uma expressão emocional reduzida e o grupo purgativo por uma expressão emocional exacerbada, com maior frequência de episódios emocionais de valência negativa. Seria de esperar uma compreensão emocional reduzida em ambos os grupos, com baixa Resolução da perturbação, mas com diferenças ao nível do Reconhecimento da perturbação, mais elevado no grupo purgativo. No que respeita às variáveis preditoras do grupo restritivo vs. purgativo, a nossa hipótese foi a de que a insegurança da vinculação e os temas da psicopatologia alimentar constituíssem preditores significativos.

No que respeita à vinculação, observou-se no grupo purgativo uma maior percentagem de sujeitos com um padrão Preocupado e no grupo restritivo uma maior

percentagem de sujeitos com um padrão Desligado, o que está de acordo com a nossa hipótese inicial e vai no sentido dos estudos que apresentam uma associação entre o padrão de vinculação Preocupado e a Bulimia, e entre o padrão Desligado e a Anorexia (Candelori & Ciocca, 1998; Ward et al., 2001; Noe, 2001).

Os mega-itens relacionados com a insegurança da vinculação (Ruptura familiar, Preocupado e Emaranhamento familiar) obtiveram valores significativamente mais elevados no grupo purgativo. Estes resultados, que traduzem uma relação entre a insegurança da vinculação e a psicopatologia, especialmente no grupo purgativo das perturbações alimentares, vão ao encontro de estudos que acentuam na trajetória das perturbações alimentares o papel do emaranhamento familiar e da ruptura com a figura paterna durante a adolescência (Guidano, 1987, 1991; Guidano & Liotti, 1983; Gutzwiller, Oliver, & Katz, 2003; Minuchin et al., 1978)

Em relação à dimensão desactivação-hiperactivação, verificou-se no grupo purgativo um predomínio das estratégias de hiperactivação, o que vai no mesmo sentido do estudo de Dias (2007), que obteve um resultado semelhante. O grupo purgativo parece, assim, quando comparado com o grupo restritivo, privilegiar a utilização de estratégias emocionais de maximização da atenção e hiperactivação do sistema de vinculação em face de expectativas de imprevisibilidade e inconsistência na disponibilidade e atenção da figura de vinculação, em situações de elevado *stress* (Main, 1990; Mikulincer et al., 2002). Os sujeitos purgativos tendem assim, através destas estratégias, a amplificar os sinais de perturbação num esforço inadaptativo para obter a atenção e o conforto de uma figura de vinculação (Kobak, Ruckdeschel, & Hazan, 1994).

Os nossos resultados encontram suporte nos estudos que salientam uma sobre-representação de sujeitos inseguros em amostras clínicas (Dias, 2007), em comparação com a distribuição esperada para a população não-clínica (van IJzendorrn, & Bakermans-Kranenburg, 1996; Soares & Dias, no prelo). São, contudo, ainda muito escassos os estudos que têm examinado as relações entre a vinculação e as características psicopatológicas das perturbações alimentares, sendo necessárias mais investigações, cujas amostras incluam um número de sujeitos que permita análises mais discriminativas e compreensivas. Neste âmbito, seria interessante examinar, em futuros estudos sobre as perturbações alimentares, as diferenças entre o grupo restritivo e purgativo, incluindo como variável a desorganização da vinculação.

Em relação aos episódios emocionais, verificou-se no grupo purgativo uma proporção marginalmente superior de episódios emocionais de valência negativa, não se observando diferenças nas restantes variáveis dos episódios emocionais. Este resultado vai ao encontro da nossa hipótese inicial, cuja expectativa era a de se obter, no grupo purgativo, uma maior proporção de episódios emocionais de valência negativa, associada a um maior número de sujeitos com um padrão preocupado, o que acabou por se verificar. Este resultado encontra suporte nos estudos que estabelecem uma relação entre afecto negativo e alimentação compulsiva (Pells, 2006; Stice, 2001; Wertheim et al., 2001; Whiteside et al., 2007), que salientam o papel da alimentação compulsiva na auto-regulação do humor (Leon et al., 1999; Lynch et al., 2000), que identificam a presença do afecto negativo na bulimia nervosa (Cooley & Toray, 2001; Engelberg et al., 2007; Killen et al., 1996; Markey & Vander Wal, 2007; Powell & Thelen, 1996; Sherwood, Crowther, & Wills, 2000; Stice, 2001; Stice & Agras, 1998; Stice, Nemeroff, & Shaw, 1996; Tyrka et al., 2002), em particular, realçando dificuldades ao nível da regulação emocional (Dalton, 2003; Sim & Zeman, 2005).

Relativamente à compreensão emocional, ao Reconhecimento e Resolução da perturbação, globalmente, em questões normativas e em questões não-normativas da vinculação, não permitiram diferenciar o grupo restritivo e purgativo. Esperávamos um Reconhecimento da perturbação mais elevado no grupo purgativo, o que não se verificou. Por outro lado, a Resolução da perturbação esperada nos dois grupos seria baixa. Ao nível da Resolução, a ausência de diferenças era esperada, mas não no que respeita ao Reconhecimento da perturbação. Uma maior probabilidade de vinculações inseguras nas perturbações alimentares estaria associada a uma menor capacidade de compreensão emocional, devido à reduzida capacidade de lidar com e de integrar experiências adversas em situações críticas da vinculação.

A literatura tem acentuado a relação entre a compreensão emocional e a vinculação, especialmente em amostras não-clínicas e de baixo risco, em crianças e pré-adolescentes (Steele et al., 1999; Steele & Steele, 2005). Contudo, alguns estudos (Stice, 2001) têm acentuado a desregulação emocional como um aspecto central da bulimia nervosa. Taylor et al. (1997), partindo da perspectiva teórica que concebe as perturbações alimentares como *uma perturbação da auto-regulação*, coloca a hipótese da diminuição da capacidade cognitiva para processar e regular emoções constituir um distúrbio regulatório primário das perturbações alimentares. Serão necessárias novas

investigações que permitam testar a hipótese teórica das dificuldades de auto-regulação nestas perturbações, procurando aperfeiçoar o nosso método, integrando outros instrumentos de avaliação emocional.

No que respeita à psicopatologia geral, o grupo purgativo apresentou valores significativamente mais elevados nas sub-escalas do *SCL-90R* - Somatização e Ansiedade. Os resultados na sub-escala Ansiedade Fóbica foram marginalmente significativos, com o grupo purgativo a apresentar um valor superior em relação ao grupo restritivo. As três variáveis totais do *SCL-90R* - Índice Geral de Sintomas, Índice de Sintomas Positivos e Número de Sintomas Positivos, obtiveram também valores mais elevados no grupo purgativo por comparação com o grupo restritivo.

O grupo purgativo aparece assim mais associado a indicadores significativos da psicopatologia geral, o que parece indicar que este grupo das perturbações alimentares, quando comparado com o grupo restritivo, revela uma maior comorbilidade, particularmente com a ansiedade e somatização. Os nossos resultados aproximam-se dos estudos que identificam as perturbações alimentares como síndromes psicossomáticas (Steiner et al., 2003), que referem elevados níveis de sintomas somáticos nestas perturbações (Buddeberg-Fisher & Buddeberg, 1995; Fäldt Ciccolo & Johnsson, 2002; Flores, 1995) e que salientam o papel da ansiedade nestas perturbações (Claridge & Davis, 2001; Davis & Claridge, 1998; Diaz-Marsa et al., 2000; Eizaguirre et al., 2004; Jimerson, Wolfe, & Franko, 1994; Troisi et al., 2005), definindo-a como uma característica de personalidade pré-mórbida, indicadora de vulnerabilidade biológica ou psicológica e que, nesta medida, constitui um factor de risco para as perturbações alimentares (Fairburn & Harrison, 2003), embora inespecífico destas perturbações (Claridge & Davis, 2001). Os nossos resultados são próximos também dos de Vilarinho (2003), que obteve em pacientes bulímicas, quando comparadas com pacientes anoréxicas, resultados de sintomatologia geral significativamente mais elevados no *SCL-90R* ao nível do Índice Geral de Sintomas, Número de Sintomas Positivos e também nas sub-escalas Somatização e Ansiedade.

No que respeita à psicopatologia alimentar, as sub-escalas do *EDI* – Consciência interoceptiva, Impulso para emagrecer, Insatisfação corporal e Bulimia, e o *EDI* total apresentaram valores superiores no grupo purgativo, quando comparado com o grupo restritivo.

Estes resultados encontram suporte nos estudos que revelam dificuldades, nas perturbações alimentares, em reconhecer e responder a estados emocionais e identificar sensações viscerais relativas à fome e saciação (Bruch, 1973; Sim & Zeman, 2004), que relatam uma preocupação excessiva com a dieta e o peso, e uma maior distorção da imagem corporal nestas perturbações (Pinho, 2000), especialmente em pacientes com comportamento alimentar compulsivo (Stice, 2001). Os nossos resultados encontram suporte na literatura das perturbações alimentares que tem identificado a insatisfação corporal como um factor de risco significativo para as perturbações alimentares (Attie & Brooks-Gunn, 1989; Beato-Fernández et al., 2004; Graber et al., 1994; Leon et al., 1999; Ohring, Graber, & Brooks-Gunn, 2002; Stice, Presnell, & Spangler, 2002; Werthwein, 2001; Wichstrom, 2000) e bulimia nervosa (Cooley & Toray, 2001; Killen et al., 1994, 1996; Stice, 2001; Stice & Agras, 1998). Os nossos resultados vão também ao encontro dos relatados por Vilarinho (2003), que constatou em pacientes bulímicas resultados mais elevados no *EDI* total e nas sub-escalas Impulso para emagrecer, Insatisfação corporal e Bulimia. Vão também no sentido do estudo de Dias (2007), que observou em pacientes com características purgativas valores superiores de Bulimia. Refira-se que Dias (2007), tal como nós, utilizou um grupo purgativo e um grupo restritivo de perturbações alimentares, enquanto que Vilarinho (2003) usou as categorias diagnósticas das perturbações alimentares.

No que respeita às relações entre psicopatologia geral e alimentar, as relações observadas entre a sintomatologia geral e alimentar, observadas em ambos os grupos, parecem apontar para a presença de co-morbilidade psicopatológica nas pacientes com perturbação alimentar, referida em vários estudos (Braun et al., 1994; Halmi et al., 1991; Flores, 1995; Pinho, 2000) e que, mais recentemente, foi também evidenciada no estudo de Dias (2007). De referir apenas que a consciência interoceptiva foi a sub-escala do *EDI* que mais relações significativas obteve com praticamente todas as sub-escalas do *SCL-90R*, em ambos os grupos, o que salienta a sua relevância em estudos futuros.

Ao nível dos preditores da pertença ao grupo restritivo vs. purgativo, verificámos que a estratégia emocional Desactivação-hiperactivação, os Episódios emocionais de valencia negativa e a Bulimia se revelaram preditores significativos da pertença ao grupo restritivo vs. purgativo, com o grupo purgativo a obter valores superiores em relação ao grupo restritivo nas três variáveis referidas. A estratégia emocional de

hiperactivação revelou-se um preditor significativo da pertença ao grupo restritivo vs. purgativo. As estratégias de maximização da atenção e hipervigilância em relação à acessibilidade das figuras de vinculação (Main, 1990; Mikulincer et al., 2003) parecem ter sido desenvolvidas pelos sujeitos purgativos no sentido de se adaptarem a expectativas de imprevisibilidade em face da disponibilidade e atenção das figuras, especialmente em situações críticas da vinculação e, por isso, geradoras de stress (Dias, 2007). Os Episódios emocionais de valência negativa revelaram-se igualmente um preditor significativo da pertença ao grupo restritivo vs. purgativo. Este resultado encontra suporte em diversos estudos que salientam o papel do afecto negativo na alimentação compulsiva e na bulimia nervosa (Engelberg et al., 2007; Cooley & Toray, 2001; Killen et al., 1996; Markey & Vander Wal, 2007; Pells, 2006; Powell & Thelen, 1996; Sherwood et al., 2000; Stice, 2001; Stice & Agras, 1998; Stice et al., 1996; Tyrka et al., 2002; Wertheim et al., 2001), e referido na literatura como um preditor da manutenção da patologia alimentar (Stice, 2002). A Bulimia constituiu outro preditor significativo da pertença ao grupo restritivo vs. purgativo. Este resultado é consistente com a literatura que refere a predisposição para estas pacientes se envolverem em episódios de alimentação compulsiva (Dias, 2007), compensada pelo comportamento purgativo, que integra o ciclo de alimentação compulsiva-comportamento purgativo (APA, 2002). O afecto negativo parece constituir um mecanismo de manutenção dos episódios de ingestão compulsiva (Greeno, Wing, & Shiffman, 2000; Meyer, Waller & Waters, 1998; Wilson, Fairburn, & Agras, 1997), cuja função parece ser reduzir os estados aversivos, silenciando, reduzindo temporariamente as emoções negativas (Deaver, Miltenberger, Smyth, & Crosby, 2003), ou possuindo uma função distractiva (Arnold, Kennedy, & Agras, 1992; Heatherton & Baumeister, 1991; Wiser & Telch, 1999), na ausência de estratégias de regulação emocional. Deste modo, estas pacientes revelariam uma maior vulnerabilidade perante impulsos geradores de uma alimentação compulsiva (Wiser & Telch, 1999; Stice, 2001; Stice & Agras, 1999; Waters, Hill, & Walker, 2001).

Vinculação, expressão e compreensão emocional

Procurámos também examinar as relações entre vinculação e emoções. As nossas questões de partida consistiram em problematizar até que ponto diferentes organizações da vinculação estarão associadas a diferentes formas de expressão e compreensão emocional, e que relações se poderão estabelecer também entre expressão e compreensão emocional. A análise de associações significativas entre episódios emocionais e compreensão emocional, episódios emocionais e vinculação e entre vinculação e compreensão emocional foi efectuada no grupo clínico e no grupo não-clínico (primeiro estudo) e no grupo restritivo e no grupo purgativo (segundo estudo).

Vinculação e episódios emocionais

No grupo clínico e no grupo não-clínico, não se observam correlações significativas entre as estratégias da vinculação primárias e secundárias e os Episódios emocionais de valência positiva, negativa e os episódios indeterminados. O nosso objectivo consistiu em explorar até que ponto existiria relação entre aspectos predominantemente emocionais (episódios emocionais) e aspectos que ilustrassem a integração de aspectos emocionais e cognitivos (estratégias de vinculação). Uma explicação para a ausência de relações significativas poderá ter a ver com o facto das estratégias de vinculação corresponderem a uma dimensão de activação emocional, desde a desactivação até à hiperactivação do sistema de vinculação, enquanto que os episódios emocionais são examinados segundo a valência. Estes resultados encontram suporte na literatura que refere as duas dimensões – activação e valência - como independentes, embora a abordagem de ambas seja considerada essencial para a compreensão da estrutura do afecto (Feldman Barrett, 1998; Feldman Barrett & Russell, 1999; Russell, 1980).

No grupo purgativo, constata-se uma só correlação significativa positiva entre as estratégias de vinculação secundárias e os Episódios emocionais de valência negativa, que os aproxima das estratégias de desactivação. Colocamos a hipótese de que a expressão do afecto negativo, no grupo purgativo, de tão frequente e generalizada a

diferentes situações, em vez de hiperactivar o sistema de vinculação, pelo contrário, desactive este sistema. É de especular que neste grupo, ao contrário do que seria de esperar, a generalização da expressão de afecto negativo tenha contribuído para a minimização do seu carácter adaptativo inicial e se associe, inesperadamente, à desactivação do sistema de vinculação.

Vinculação e compreensão emocional

No que respeita às estratégias de vinculação primárias, a Resolução da perturbação e a Resolução da perturbação em questões normativas são as variáveis da compreensão emocional que, no grupo não-clínico, apresentam uma associação positiva com aquelas estratégias, o que as aproxima da segurança. A Resolução da perturbação e a Resolução da perturbação em questões normativas apresentam também uma associação positiva com o mega-item da Coerência. Estes resultados vão ao encontro da nossa hipótese inicial, quando contruímos o método da compreensão emocional, em que teoricamente se estabelecia uma relação entre a segurança e a coerência da vinculação e a capacidade de resolução de situações críticas da vinculação. No grupo clínico, observou-se igualmente uma associação positiva entre a Resolução da perturbação e as estratégias de vinculação primárias, e entre a Resolução da perturbação, e a Resolução da perturbação em questões normativas, e o mega-item da Coerência. Estes resultados, nos dois grupos, encontram suporte nos estudos de Steele e colaboradores (Steele, Steele, Croft, & Fonagy, 1999; Steele & Steele, 2005), que através de uma metodologia longitudinal, estabeleceram uma associação entre segurança da vinculação e a capacidade de resolver situações críticas do ponto de vista da vinculação. É provável que a segurança da vinculação constitua um factor da resiliência do indivíduo, não protegendo o indivíduo da adversidade, mas dotando-o de estratégias para lidar mais eficazmente com ela. No grupo clínico, saliente-se o facto do Reconhecimento da perturbação em questões normativas, do Reconhecimento em questões não-normativas e da Resolução em questões também não-normativas apresentarem associações negativas com as estratégias de vinculação primárias, aproximando estas variáveis do pólo da insegurança. O facto do Reconhecimento em questões não-normativas da vinculação surgirem no grupo clínico associadas à insegurança da vinculação, vai ao encontro das

ideias de Bowlby acerca do papel desfavorável de determinadas experiências patogénicas no âmbito da vinculação no desenvolvimento da personalidade (Bowlby, 1988), podendo constituir-se como preditores da psicopatologia (Sroufe et al, 2005b).

No grupo restritivo, observam-se associações positivas com diversas variáveis da Compreensão emocional (Compreensão emocional, Compreensão emocional em questões normativas, Resolução da perturbação, Reconhecimento da perturbação em questões normativas e a Resolução em questões normativas), o que aproxima estas variáveis do pólo da segurança. Em particular, a Resolução da perturbação e a Resolução em questões normativas apresentam uma correlação positiva com o mega-item da Coerência. À semelhança do que sucedeu para o grupo clínico e não-clínico, a segurança e a coerência surgem associadas à Resolução da perturbação, o que nos faz considerar a vinculação segura como um indicador favorável também no grupo restritivo.

Não se verificaram associações significativas no grupo purgativo. A composição muito diferenciada do grupo restritivo e do grupo purgativo, em relação à proporção dos padrões de vinculação em cada um dos grupos, pode explicar as diferenças encontradas. Recorde-se a elevada percentagem de sujeitos preocupados no grupo purgativo, cerca de 78%, o que possivelmente contribuiu para a ausência de associações significativas.

Compreensão emocional e episódios emocionais

No grupo não-clínico, constata-se correlações positivas significativas entre os Episódios emocionais de valência positiva e a compreensão emocional, a compreensão emocional em questões normativas, a resolução e a resolução em questões normativas. Observam-se também correlações negativas significativas entre os Episódios emocionais indeterminados e a Compreensão emocional, a Compreensão emocional em questões não-normativas, o Reconhecimento, a Resolução e a Resolução em questões não-normativas. Estes resultados traduzem a expectativa de que o afecto positivo estará, no grupo não-clínico, ao serviço da Compreensão emocional, ao serviço do Reconhecimento mas também da Resolução de situações de perturbação, em particular

em questões normativas da vinculação – Situações-problema, Doenças e Separações. Pelo contrário, o afecto indeterminado varia inversamente com a compreensão emocional em questões não-normativas – Rejeições, Ameaças e Perdas. Estes resultados parecem encontrar suporte nos estudos que acentuam o valor do afecto positivo na resolução de problemas por parte de indivíduos resilientes (Folkman & Moskowitz, 2007; Gentzler, 2002; Tugade & Fredrickson, 2004).

No grupo clínico, são os Episódios emocionais de valência negativa que obtêm correlações positivas significativas com a compreensão emocional em questões não-normativas, o Reconhecimento em questões não-normativas e a Resolução em questões não-normativas. Constatam-se também correlações negativas significativas entre os Episódios emocionais de valência positiva e a a Compreensão emocional em questões não-normativas, o Reconhecimento em questões não-normativas e a Resolução em questões não-normativas. Curiosamente, sobressai no grupo clínico o afecto negativo ao serviço da compreensão emocional em particular em questões não-normativas e inversamente o afecto positivo. Estes resultados parecem ir ao encontro dos estudos que salientam a desregulação emocional (Taylor et al., 1997) e a presença do afecto negativo na bulimia nervosa e na ingestão alimentar compulsiva (Engelberg et al., 2007; Cooley & Toray, 2001, Killen et al., 1996; Markey & Vander Wal, 2007; Pells, 2006; Powell & Thelen, 1996; Sherwood et al., 2000; Stice, 2001; Stice & Agras, 1998; Stice et al., 1996; Tyrka et al., 2002; Wertheim et al., 2001).

No grupo purgativo, constata-se correlações positivas significativas entre os Episódios emocionais indeterminados e a compreensão emocional, o Reconhecimento, e o Reconhecimento em questões não-normativas. Por sua vez, os Episódios emocionais de valência negativa variam inversamente com a Compreensão emocional, Compreensão emocional em questões normativas e em questões não-normativas, isto é, quanto mais Episódios emocionais de valência negativa, menor a Compreensão emocional no grupo purgativo. Este resultado parece encontrar suporte no estudo de Milukincer et al., (2003). É interessante constatar que uma maior a frequência de Episódios emocionais indeterminados está associada no grupo purgativo a uma maior compreensão emocional. Pelo contrário, no grupo não-clínico, tínhamos constatado que se observava uma associação positiva entre a compreensão emocional e afecto positivo. É provável que a natureza da perturbação clínica – sujeitos purgativos - determine a associação encontrada. A literatura tem referido uma Consciência interoceptiva reduzida

e valores elevados de Somatização nas perturbações alimentares (Buddeberg-Fisher & Buddeberg, 1995; Buddeberg-Fisher et al., 1999; Fäldt Ciccolo & Johnsson, 2002; Flores, 1995; Polivy & Hermans, 2002), que podem estar associados à expressão de afecto indeterminado. Seria interessante que futuros estudos pudessem investigar estas relações de forma mais compreensiva.

Contributos, limitações e propostas para novas investigações

Esta investigação procurou criar e desenvolver métodos de avaliação emocional, que contribuíssem para analisar a *AAI* em profundidade, partindo por um lado das características e diferenças entre as questões que nesta entrevista apelam a acontecimentos críticos do ponto de vista da vinculação e, por outro lado, explicitando os critérios necessários ao desenvolvimento de metodologias de avaliação das emoções, de modo a permitir avaliar as diferenças entre grupos (grupo clínico e não-clínico) e intra-grupo clínico. O desenvolvimento de dois métodos de avaliação emocional, utilizando a *AAI* como suporte discursivo e narrativo, possibilitou, assim, a avaliação de episódios emocionais e da compreensão emocional no âmbito da vinculação.

O *Método dos Episódios Emocionais* teve a sua origem no âmbito clínico, como apoio à avaliação de resultados da psicoterapia em pacientes deprimidos (Korman, 1991, 1998), mas os estudos com o método são muito escassos, sendo apenas conhecido o trabalho de Vilarinho (2003), em Portugal, com pacientes com perturbações alimentares. Embora este método tenha sido inicialmente usado no âmbito da terapia com pacientes deprimidos, com um número reduzido de sujeitos, a sua utilização para efeitos de investigação exige amostras com um *N* elevado para possibilitar análises estatísticas mais detalhadas, nomeadamente, tendo em conta as categorias emocionais dos episódios emocionais nas diferentes questões críticas da *AAI*, e não apenas a valência dos episódios. Por outro lado, seria interessante utilizar este método, no âmbito da investigação, com outras patologias como a depressão, embora com uma amostra significativa de sujeitos. Seria importante, também, poder utilizar este método combinado com outros instrumentos de avaliação das emoções.

O *Método da Compreensão Emocional* teve a sua inspiração em resultados da investigação empírica, com o método de avaliação da compreensão emocional em

crianças e pré-adolescentes, desenvolvido no âmbito de um estudo longitudinal com uma amostra não-clínica. Tendo nós desenvolvido a primeira investigação com um método de compreensão emocional, junto de uma população clínica de pacientes com perturbações alimentares, torna-se necessário desenvolver novos estudos que integrem sujeitos com diferentes patologias e com amostras cujo N permita avaliar, designadamente, a relação entre vinculação e compreensão emocional. Por outro lado, a utilização em futuros estudos de uma escala de 7 pontos, poderá facilitar uma maior discriminação do Reconhecimento e da Resolução da perturbação, que constituem os elementos por nós avaliados ao nível da Compreensão emocional.

Um conjunto de limitações está presente na nossa investigação.

No que respeita à amostra clínica, as pacientes avaliadas encontravam-se em tratamento, o que não reflecte a população com esta patologia, dado que muitas jovens com estas perturbações não procuram ajuda especializada. O grupo não constituiu, portanto, uma amostra representativa da população com perturbações do comportamento alimentar, o que limita a possibilidade de generalização dos resultados obtidos, circunscrevendo-os às pacientes incluídas na nossa amostra.

Não foi possível obter informação acerca do momento do tratamento em que as nossas pacientes se encontravam. O facto de se tratar do início ou do fim da psicoterapia pode enviesar seriamente os resultados deste estudo, já que a expressão emocional e a compreensão de situações de perturbação emocional estão intrinsecamente associadas à psicoterapia, seja ao nível de recursos iniciais do sujeito seja ao nível de produtos finais do processo psicoterapêutico.

Não foi incluído um grupo de controlo constituído por outras patologias, o que leva a questionar se os resultados obtidos são específicos das perturbações alimentares ou se constituem, antes, factores inespecíficos de vulnerabilidade para o desenvolvimento da psicopatologia em geral.

Apesar destas limitações, esperamos que a nossa investigação possa ter contribuído para melhorar o conhecimento acerca da importância da vinculação nas perturbações alimentares bem como para estimular novos estudos que avaliem a vinculação como matriz das diferenças individuais ao nível da regulação emocional e da auto-regulação.

BIBLIOGRAFIA

- Abrams, K. Y. (2000). *Pathways to disorganization: A study concerning varying types of parental frightened and frightening behaviors as related to infant disorganized attachment*. Unpublished doctoral dissertation, University of California at Berkeley.
- Achenbach, T. (1974). *Developmental psychopathology*. NY: Wiley (2^a ed., 1982).
- Agras, S., Hammer, L., & McNicholas, F. (1999). A prospective study of the influence of eating disordered mothers on their children. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 253-262.
- Aikens, J. E. (1999). Prevalence of somatic indicators of distress in diabetes patients: Comparison to psychiatric patients and community nonpatients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 28, 265-272.
- Ainsworth, M. (1990). Some considerations regarding theory and assessment relevant to attachments beyond infancy. In M. Greenberg, D. Cicchetti & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago: Chicago University Press.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Ainsworth, M., & Wittig, B. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-years-old in a strange situation. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (Vol. 4, pp. 129-173). London: Methuen.
- Allen, S. T. (2001). Attachment status, affect regulation, and behavioral control in young adults. *Dissertation Abstracts International*, Section B, 61(8-B), 4386.
- Allen, J., Hauser, S., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology. An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 254-263.
- Allen, J., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 319-335). NY: Guilford Press.
- Alvarez, R. G., Franco P. K., & Mancilla D. J. M. (2000). Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios. *Psicología Contemporánea*, 7, 26-35.
- Alvarez, R. G., Franco, P. K., Mancilla, D. J. M., & Vásquez, A. R. (2003). Factores cognitivo-conductuales asociados a sintomatología de trastorno alimentario en una muestra de

- estudiantes mexicanas. In L. E. Aragón & A. Silva (Eds.), *Evaluación psicológica en el ámbito clínico*. Mexico: Pax México.
- American Psychiatric Association (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores (1ª edição:1994).
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª Ed., Texto Revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Armsden, G., & Greenberg, M. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Young and Adolescence*, 16, 427-454.
- Arnow, B., Kennedy, J., & Agras, W. S. (1992). Binge eating among the obese: A descriptive study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 155-170.
- Arsenio, W., & Lover, A. (1999). *Children's conceptions of sociomoral affect: Happy victimizers, mixed emotions, and other expectancies*. NY: Cambridge University Press.
- Atkinson, L., & Zucker, K. (1997). *Attachment and Psychopathology*. NY: The Guilford Press.
- Attie, I., & Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25, 70-79.
- Attie, I., & Brooks-Gunn, J. (1995). The development of eating regulation across the life span. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Vol. 2. Risk, disorder, and adaptation* (pp. 332-368). NY: Wiley.
- Ball, K. & Lee, C. (2002). Psychological stress, coping, and symptoms of disordered eating in a community sample of young Australian women. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 71-81.
- Barnett, D., Butler, C. M., & Vondra, J. I. (1999). Atypical patterns of early attachment: discussion and future directions. In J. I. Vondra & D. Barnett (Eds.), *Atypical Attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk* (pp.172-192). *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64 (3, serial No 258).
- Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 5, 64-77.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Beales, D. L., & Dolton, R. (2000). Eating disordered patients: personality, alexithymia, and implications for primary care. *British Journal of General Practice*, 50, 21-26.
- Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A., & Martínez-Delgado, C. (2004). Risk factors for eating disorders in adolescents. A Spanish community-based longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 287-294.

- Blanchard, E. D., Arena, J. G., & Pallmeyer, T. P. (1981). Psychometric properties of a scale to measure alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 35, 64-71.
- Block, J. (1978). *The Q-Sort method of personality assessment and psychiatric research*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Bollen, E. & Wojciechowski, F. L. (2004). Anorexia nervosa subtypes and the big five personality factors. *European Eating Disorders Review*, 12, 117-121.
- Bourke, M. P., Taylor, G. J., Parker, J. D., & Bagby, R. M. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa: a preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry*, 161, 240-243.
- Bowden, H. F. (2005). Shame and guilt: Treatment-seeking correlates of eating disorders in college students. *Dissertation Abstracts Interenational*, Section B, 66(5-B), 2810.
- Bowlby, J. (1969/1984). *Attachment and loss: Attachment*. London: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation*. London: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression*. London: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical implications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bowman, M. J. (2000). Emotional eating and parental attachment as predictors of eating disorder symptoms in a non-clinical college population. *Dissertation Abstracts International*, Section B, 60(7-B), 3557.
- Bradmetz, J., & Schneider, R. (1999). Is little red riding hood afraid of her grandmother? Cognitive vs. emotional response to a false belief. *British Journal of Developmental Psychology*, 17, 501-514.
- Braun, D. L., Sunday, S. R., & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2, Serial No 209).
- Bretherton, I. (1987). New perspectives on attachment relations: Security, communication, and internal working models. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (2nd ed., pp.1061-1100). NY: Wiley.
- Bretherton, I. (1990). Open communication and internal working models: Their role in the development of attachment relationships. In R. A. Thompson (Ed.), *Nebraska symposium on motivation: Vol 36. Socioemotional development* (pp. 57-113). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Bretherton, I., & Munholland, K. (1999). Internal working models in attachment relationships. A construct revisited. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 89-111). NY: Guildford Press.

- Bretherton, I., Ridgeway, D., & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationships: An attachment story completion task for 3-years-old. In M. Greenberg, D. Cicchetti & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years. Theory, research and intervention*. Chicago. Chicago University Press.
- Brinkenfeld-Adams, A. (1996). *Quality of attachment in young boys with gender identity disorder*. Tese de doutoramento. York University, Ontario, Canada.
- Broberg, A. G., Hjalmer, I., & Nevenon, L. (2001). Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: A comparison between 18- to 24-year-old patients and normal controls. *European Eating Disorders Review*, 9, 381-386.
- Brown, C. & Jasper, K. (1993). Why weight? Why woman? Why now? In C. Brown & K. Jasper (Eds.), *Consuming passions: Feminist approaches to weight preoccupation* (pp.16-35). Toronto: Second Story Press.
- Brown, R., & Dunn, J. (1996). Continuities in emotion understanding from three to six years. *Child Development*, 67, 789-802.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. NY: Basic Books, Harper Torchbooks.
- Brytek, A. (2006). Self esteem, strategies of coping and feeling of anger in French patients with anorexia nervosa. *Psychiatria Polska*, 40, 743-750.*
- Buchheim, A., & Mergenthaler, E. (2000). The relationship among attachment representation, emotion-abstraction patterns, and narrative style: A computer-based text analysis of the adult attachment interview. *Psychotherapy Research*, 10, 390-407.
- Buddeberg, B., Bernet, R., Schmid, J., & Buddeberg, C. (1997). Relationship between disturbed eating behavior and other psychosomatic symptoms in adolescents. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 319-326.
- Buddeberg-Fischer, B. & Buddeberg, C. (1995). Separation and somatization in adolescence: Family dynamics and sociocultural aspects of eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 3, 351-358.
- Buhl, C. (2002). Eating disorders as manifestations of developmental disorders: Language and the capacity for abstract thinking in psychotherapy of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 10, 138-145.
- Bulik, C. M., Reba, L., Siega-Riz, A-M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia nervosa: Definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 52-59.
- Burrows, B. A. (1988). An analysis of interoceptive awareness and coping abilities among bulimic and normal women. *Dissertation Abstracts International*, Section A, 48(9-A), 2242.

- Bydlowski, S., Corcos, M., & Jeammet, Ph. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 321-329.
- Campion, A. M. (2001). Structural equation modeling of eating disturbance in college women. *Dissertation Abstracts International*, Section B, 61(9-B), 4974.
- Candelori, C., & Ciocca, A. (1998). Attachment and eating disorders. In A. Ciocca (Ed.), *Psychotherapeutic issues in eating disorders: Models, methods, and results* (pp. 139-153). Rome: Società Editrice Universo.
- Carano, A., De Berardis, D. & Gambi, F. (2006). Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 332-340.
- Carlson, E. (1998). A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*, 69, 1970-1979.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
- Carstensen, L., Pasupathi, M., Mayr, U., & Nesselroade, J. (2000). Emotional experience in every day life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 644-655.
- Cassidy, J., & Berlin, L. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment. Theory and research. *Child Development*, 65, 971-991.
- Cassidy, J., & Kobak, R. (1988). Avoidance and its relation to other defensive processes. In J. Belsky & T. Neworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 300- 323). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Childress, A., Brewerton, T., Hodges, E., & Jarrell, M. (1993). The kid's eating disorder survey (KEDS): a study of middle school students. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 843-850.
- Cicchetti, D. (1984). *Developmental psychopathology*. Chicago: University of Chicago Press, Special issue of Child Development, 55, 1-318.
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7, 1-10.
- Cicchetti, D. & Cohen, D. J. (1995). Perspectives on developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Vol. 1. Theory and methods* (pp.3-20). NY: Wiley.
- Cicchetti, D., Cummings, E., Greenberg, M., & Marvin, R. (1990). An organizational perspective on attachment beyond infancy: Implications for theory, measurement and research. In M. Greenberg, D. Cicchetti & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago: Chicago University Press.
- Cicchetti, D. & Garnezy, N. (1993). Prospects and promises in the study of resilience. *Development and Psychopathology*, 5, 497-502.

- Cicchetti, D. & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 597-600.
- Cicchetti, D. & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6-20.
- Cicchetti, D., Toth, S., & Lynch, M. (1995). Bolby's dreams comes full circle: The application of attachment theory to risk and psychopathology. *Advances in Clinical Child Psychopathology*, 17, 1-75.
- Claridge, G. & Davis, C. (2001). What's the use of N? *Personality and Individual Differences*, 31, 383-400.
- Cochrane, C. E., Brewerton, T. D., & Wilson, D. B. (1993). Alexithymia in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 219-222.
- Cole, D. A., Martin, J. M., Peeke, L. G., Seroczynski, A. D., & Hoffman, K. (1998). Are cognitive errors of underestimation predictive or reflective of depressive symptoms in children: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 481-496.
- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 282-290.
- Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Connors, M. E. (2001). Relationship of sexual abuse to body image and eating problems. In J. K. Thompson & L. Smolak (Eds.), *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment* (pp. 149-167). Washington, DC: American Psychological Association.
- Conwell, J. L. (2005). A study of shame in anorexia nervosa. *Dissertation Abstracts International*, Section B, 65(12-B), 6645.
- Cooley, E. & Toray, T. (2001). Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 28-36.
- Cooper, M. J., Clark, D. M., & Fairburn, C. G. (1993). An experimental study of the relationship between thoughts and eating behaviour in bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 749-757.
- Crisp, A. H. (1997). Anorexia nervosa as flight from growth: assessment and treatment based on the model. In D. M. Gardner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Treatment on Eating Disorders* (2nd ed., pp.248-277). NY: Guilford Press.
- Crowell, J., & Owens, G. (1996). *Current Relationship Interview and scoring system*. Manuscrito não publicado. University of New York at Stony Brook.
- Crowell, J., Treboux, D., & Waters, E. (2002). Stability of attachment representations: The transition to marriage. *Developmental Psychology*, 38, 467-479.

- Crowther, J. H., Kichler, J. C., Sherwood, N., & Kuhnert, M. E. (2002). The role of family factors in bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 10, 141-151.
- Cunha, A. I. (2003). *Funcionamento familiar e vinculação em anoréxicas*. Tese de Mestrado não publicada, U. Coimbra.
- Cunha, A. I., Relvas, A., & Soares, I. (2003). *Dinâmica familiar e vinculação na anorexia nervosa*. Comunicação apresentada no V Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Lisboa.
- Cunha, A. I., Relvas, A. P., & Soares, I. (2004). *Família, vinculação e anorexia nervosa: um estudo sobre as percepções de jovens com anorexia nervosa*. Comunicação apresentada no congresso Espaços da Psicologia: Investigação e Intervenção, Universidade do Minho, Braga.
- Cutting, A., & Dunn, J. (1999). Theory of mind, emotion understanding, language, and family background: Individual differences and interrelations. *Child Development*, 70, 853-865.
- Dalton, G. (2003). An analysis of the binge-purge cycle: The function and precipitants of purging behavior. *Dissertation Abstracts International*, Section B, 64(1-B), 413.
- Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa. As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Davidson, K., Earnest, M., & Birch, L. (2002). Participation in aesthetic sports and girls' weight concerns at ages 5 and 7 years. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 312-317.
- Davidson, R. J., & Ekman, P. (1994). *The nature of emotion: fundamental questions*. Oxford. Oxford University Press.
- Davies, M. (2004). Need, greed and envy in anorexia nervosa and the challenge they present. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 18 (4), 432-444.
- Davis, C. & Claridge, G. (1998). The eating disorders as addiction: A psychobiological perspective. *Addictive Behaviors*, 23, 463-475.
- Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E., & Fox, J. (2004). Looking good-family focus on appearance and the risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 136-144.
- Deaver, C. M., Miltenberger, R. G., Smyth, J., & Crosby, R. (2003). An evaluation of affect and binge eating. *Behavior Modification*, 27, 578-599.
- De Groot, J., & Rodin, G. M. (1999). The relationship between eating disorders and childhood trauma. *Psychiatric Annals*, 29, 225-229.
- Deluca, K. L. (2000). Attachment and sexuality: Comparisons in college women with eating disorder symptoms and those women without eating disorder symptoms. *Dissertation Abstracts International*, Section B, 60(12-B), 6396.
- Denham, S. A. (1986). Social cognition, prosocial behaviour, and emotion in preschoolers: Contextual validation. *Child Development*, 57, 194-201.

- Denham, S. A., Cook, M., & Zoller, D. (1992). 'Baby looks very sad': Implications of conversations about feelings between mother and preschooler. *British Journal of Developmental Psychology*, 10, 301-315.
- Denham, S. A., Zoller, D., & Couchoud, E. A. (1994). Socialization of preschoolers' emotion understanding. *Developmental Psychology*, 30, 928-936.
- Denious, J. E. (2004). Understanding the relationship of shame to eating-disordered symptomatology. *Dissertation Abstracts International*, Section B, 65(2-B), 1071.
- De Panfilis, C., Salvatore, P. & Avanzini, M. (2001). Alexithymia in eating disorders: A personality disturbance? *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*, 20, 349-361.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual – I for the R(evised) version*. Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit, Baltimore.
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977a). Factorial invariance across gender for the primary symptom dimensions of the SCL-90. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 16, 347-356.
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977b). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validity. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989.
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- de Rosnay, M., & Harris, P. (2002). Individual differences in children's understanding of emotion: The roles of attachment and language. *Attachment & Human Development*, 4, 39-54.
- Dias, P. (2007). *Vinculação e regulação autonómica nas perturbações alimentares*. Tese de doutoramento não publicada. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Diaz-Marsa, M., Carrasco, J. L., & Saiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14, 352-359.
- Downs, D. (1998). State self-esteem reactions to rejection: An application of the sociometer model to women with and without eating disorder behaviour. *Dissertation Abstracts International*, Section B, 58(7-B), 3918.
- Dozier, M., & Kobak, R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development*, 63, 1463-1480.
- Dozier, M., Stovall, K., & Albus, K. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 497-520). NY: Guilford Press.
- Dunn, J., Brown, J., & Beardsall, L. (1991). Family talk about feeling states and children's later understanding of others' emotions. *Development Psychology*, 27, 448-455.

- Eizaguirre, A. E., Saenz de Cabezón, M. A., Alda, I. O., Olariaga, L. J., & Juaniz, M. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 36, 321-331.
- Ekman, P. (1972). Universal and cultural differences in facial expression of emotion. In J. K. Cole (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (Vol 19, pp. 207-283). Lincoln: University of Nebraska Press.
- El-Sheikh, M. (2005). The role of emotional responses and physiological reactivity in the marital conflict-child functioning link. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1191-1199.
- Engelberg, M., Steiger, H., & Gauvin, L. (2007). Binge antecedents in bulimic syndromes: An examination of dissociation and negative affect. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 531-536.
- Epstein, L. H., Paluch, R. A., Saelens, B. E., Ernst, M. M., & Wilfley, D. E. (2001). Changes in eating disorder symptoms with pediatric obesity treatment. *Journal of Pediatrics*, 139, 58-65.
- Epstein, S. (1983). *The mother-father-peer scale*. Manuscrito não publicado, University of Massachusetts, EUA.
- Escarria, R. A., & Haro, H. M. (2000). *Anorexia o bulimia y factores de riesgo en residentes de una universidad*. Tesis de Maestría, UANL- Facultad de Salud Pública y Nutrición, México.
- Evans, G. J. (2003). The relationship of attachment and shame to anorexia: A case study comparing restrictive and normal eaters. *Dissertation Abstracts International*, Section A, 63 (9-A), 3375.
- Evans, L., & Wertheim, E. (2005). Attachment styles in adult intimate relationships: Comparing women with bulimia nervosa symptoms, women with depression and women with no clinical symptoms. *European Eating Disorders Review*, 13, 285-293.
- Fabes, R., Eisenberg, N., Nyman, M., & Michaelieu, Q. (1991). Young children's appraisals of others' spontaneous emotional reactions. *Developmental Psychology*, 27, 858-866.
- Fagot, B. I., & Kavanagh, K. (1990). The prediction of antisocial behavior from avoidant attachment classifications. *Child Development*, 61, 864-873.
- Fairburn, C. G. (1997). Eating disorders. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41, 509-528.

- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for binge eating disorder: A community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Fairburn, C., Hay, P., & Welch, S. (1993). Binge Eating and Bulimia Nervosa: distribution and determinants. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. NY: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behavioral Research Therapy*, 37, 1-13.
- Fairburn, C. G., Stice, E., Cooper, Z., Doll, H. A., Norman, P. A. & O'Connor, M. E. (in press). Understanding persistence of bulimia nervosa: A 5-year naturalistic study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54, 509-517.
- Fäldt Ciccolo, E. B. & Johnsson, P. (2002). Personality and self-concept in subgroups of patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Social Behavior and Personality*, 30, 347-358.
- Farber, S. K. (2005). Free association reconsidered: The talking cure, the writing cure. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 33, 249-273.
- Feiring, C., & Lewis, M. (1997). Finality in the eye of the beholder: Multiple sources, multiple time points, multiple paths. *Development and Psychopathology*, 8, 721-733.
- Feldman Barrett, L. (1998). Discrete emotions or dimensions? The role of valence focus and arousal focus. *Cognition and Emotion*, 12, 579-599.
- Feldman Barrett, L., & Russell, J. A. (1999). The structure of current affect: Controversies and emerging consensus. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 10-14.
- Ferguson, C. P. & Piggott, T. A. (2000). Anorexia and bulimia nervosa: Neurobiology and pharmacotherapy. *Behavior Therapy*, 31, 237-263.
- Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B., & Colditz, G. A. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107, 54-60.
- Fischer, K., Shaver, P., & Carnochan, P. (1990). How emotions develop and how they organize development. *Cognition and Emotion*, 4, 81-127.
- Fitcher, M. & Quadflieg, N. (1995). Psychophysiology of eating disorders. In H. C. Steinhausen (Ed.), *Eating Disorders in Adolescence* (pp. 301-337). NY: De Gruyter.

- Flores, A. E. (1995). Purging and nonpurging bulimics: Personality traits and underlying psychopathology. *Dissertation Abstracts International*, Section B, 56(2-B), 1105.
- Fogel, A. (1993). *Developing through relationships: Origins of communication, self, and culture*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2007). Positive affect and meaning-focused coping during significant psychological stress. In M. Hewstone, H. Schut, J. De Wit, K. Van Den Bos, M. Stroebe (Ed.), *The scope of social psychology: Theory and applications* (pp.193-208). NY: Psychology Press.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Matton, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Fonagy, P., Redfern, S., & Charman, T. (1997). The relationship between belief-desire reasoning and a projective measure of attachment security (SAT). *British Journal of Developmental Psychology*, 15, 51-61.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Forbush, K., Heatherton, T. F., & Keel, P. K. (2007). Relationships between perfeccionism and specific disordered eating behaviours. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 37-41.
- Forbush, K., & Watson, D. (2006). Emotional inhibition and personality traits: A comparison of women with anorexia, bulimia, and normal controls. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18, 115-121.
- Franco P. K., Mancilla, D. J. M., Vásquez, A. R., López, A. X., & Alvarez, R. G., (2005). Perfeccionism and eating disorders: A review of the literatura. *European Eating Disorders Review*, 13, 61-70.
- Freeman, H., & Brown, B. (2001). Primary attachment to parents and peers during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 653-674.
- Fremmer-Bombik, E., Rudolph, J., Veit, B., Schwartz, G., & Schwarzmeier, I. (1989). *The Regensburg method of analyzing the Adult Attachment Interview*. Manuscrito não publicado, Universidade de Regensburg, Alemanha.
- Fulkerson, J., Keel, P., Leon, G., & Dorr, T. (1999). Eating-disordered behaviours and personality characteristics of high school athletes and non-athletes. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 69-73.
- Garfinkel, P. E. (1995). Classification and diagnosis of eating disorders. In K. D. Brownel & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 125-134). NY: Guilford Press.

- Garfinkel, P. E. (2002). Classification and diagnosis of eating disorders. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 155-161). NY: Guilford Press.
- Garmezy, N., & Masten, A. (1994). Chronic adversities. In M. Rutter, E. Taylor, & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (3rd ed., pp.91-208). London: Blackwell.
- Garner, D. M., & Gerborg, A. (2004). Understanding and diagnosing eating disorders. In R. H. Coombs (Ed.), *Handbook of addictive disorders: A practical guide to diagnosis and treatment* (pp. 275-311). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Geller, J., Cockell, S., & Goldner, E. M. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 8-19.
- Gelven, E. S. (2003). Maladaptive eating patterns in college students: Associations with peer attachment style, coping and pressure to diet. *Dissertation Abstracts International*, Section B, 63(12-B), 6093.
- Gentler, A. L. (2002). Attachment and emotional experiences: Regulatory strategies used with negative and positive emotions in response to daily life events and social interaction feedback. *Dissertation Abstracts International*, Section B, 62(12-B), 6023.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1984/1985/1996). *Adult Attachment Interview*. Manuscrito não publicado. University of California at Berkeley (EUA).
- George, C., & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioural system. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 649-670). NY: Guildford Press.
- George, C., West, M., & Pettem, O. (1999) The Adult Attachment Projective: Disorganization of Adult Attachment at the Level of Representation. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment Disorganization* (pp.318-346). NY: Guilford Press.
- Giblin, P. T. (1981). Affective development in children: An equilibrium model. *Genetic Psychology Monographs*, 103, 3-30.
- Giest, R. A. (1989). Self psychological reflections on the origins of eating disorders. In J. Bemporad & D. B. Herzog (Eds.), *Psychoanalysis and Eating Disorders* (pp. 5-27). NY: Guilford Press.
- Gilbert, M. L. (2007). Insecure attachment, negative affectivity, alexithymia, level of emotional awareness, and body image disturbance as predictors of binge eating severity in women who binge. *Dissertation Abstracts International*: Section B, 68(3-B), 1925.

- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., & Zubery, E. (2006). Emotional processing in eating disorders: Specific impairment or general distress related deficiency? *Depression and Anxiety*, 23, 331-339.
- Gilligan, C., Rogers, A. G., & Tolman, D. I. (1991). *Women, girls and psychotherapy*. NY: Haworth Press.
- Gleaves, D. H., Lowe, M. R., Snow, A. C., Green, B. A., & Murphy-Eberenz, K. P. (2000). The continuity and discontinuity models of bulimia nervosa: A taxometric investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 56-68.
- Goldberg, S. (1997). Attachment and childhood behaviour problems in normal, at-risk, and clinical samples. In L. Atkinson & K. J. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology*. NY: Guilford Press.
- Goldberg, J. L. (2002). Orthodox Jewish women: The role of sociocultural and familial factors in eating disorder symptomatology. *Dissertation Abstracts International*, Section B, 63 (6-B), 3007.
- Goldwyn, R., Green, J. M., Standley, C., & Smith, V. (2000). The Manchester child attachment story task: Relationship with AAI, SAT, and child behaviour. *Attachment and Human development*, 2, 65-78.
- Gonçalves, O. F., & Henriques, M. R. (2000). *Manual de avaliação da estrutura e coerência narrativa*. Manuscrito não publicado. Braga: Universidade do Minho.
- Gonçalves, S. (1998). *Perturbações do comportamento alimentar: Estudo da prevalência junto de uma população universitária feminina*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade do Minho.
- Goreczny, A. J., Nussbaum, P. D., & Haddad, L. (1998). Measuring depressive symptomatology of patients referred to a behavioral medicine clinic: Concordance of self-report measures. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1, 255-259.
- Gouveia, J. P. (2000). Factores Etiológicos e Desenvolvimentais nos Distúrbios Alimentares. In I. Soares (Coord.) *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*, pp. 263-314. Coimbra: Quarteto.
- Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., Paikoff, R. L., & Warren, M. (1994). Prediction of eating problems: An 8-year study of adolescent girls. *Development Psychology*, 30, 823-834.
- Gray, L. L. (2001). Alexithymic features of eating disorder patients: Contributions of sexual abuse and borderline personality disorder. *Dissertation Abstracts International: Section B*, 61(7-B), 3844.
- Green, J., & Goldwyn, R. (2002). Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: new findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 835-846.

- Greenberg, B. R. & Harvey, P. D. (1987). Affective lability versus depression as determinants of binge eating. *Addictive Behaviors*, 12, 357-361.
- Greenberg, L., & Paivio, S. (1997). *Working with emotion in psychotherapy*. NY: Guilford Press.
- Greenberg, L., Rice, L., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. NY: Guilford Press.
- Greenberg, L., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy*. NY: Guilford Press.
- Greenberg, M. (1999). Attachment and Psychopathology in Childhood. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 469-496). NY: Guilford Press.
- Greenberg, M., Cichetti, D., & Cummings, E. (1990). *Attachment in the preschool years. Theory, research and intervention*. Chicago: University of Chicago Press.
- Greenberg, M., Speltz, M., DeKleyen, M., & Endriga, M. (1997). Attachment security in preschoolers with and without externalizing problems: A replication. *Development and Psychopathology*, 3, 413-430.
- Greenberg, S. J. (1999). Alexithymia in an anorexic population: Prevalence and predictive variables (interoceptive awareness). *Dissertation Abstracts International: Section B*, 59(11-B), 6065.
- Greeno, C. G., Wing, R. R., & Shiffman, S. (2000). Binge antecedents in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 95-102.
- Gross, D., & Harris, P. (1988). Understanding false beliefs about emotion. *International Journal of Behavioral Development*, 11, 475-488.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K., & Kindler, H. (2005). Early care and the roots of attachment and partnership representations: The Bielefeld and Regensburg longitudinal studies. In K. E. Grossmann, K. Grossmann & E. Waters (Eds.). *Attachment from infancy to adulthood. The major longitudinal studies* (pp. 98-136). NY: Guilford Press.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K. & Waters, E. (Eds.). *Attachment from infancy to adulthood. The major longitudinal studies*. NY: Guilford Press.
- Guidano, V. (1987). *Complexity of the self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. NY: Guilford Press.
- Guidano, V. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. NY: Guilford Press.
- Guidano, V., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. NY: Guilford Press.
- Guilbaud, O., Corcos, M., Chambry, J., Paterniti, S., & Jeammet, Ph. (1999). Alexithymie et depression dans les troubles des conduites alimentaires. *L'Encéphale*, 26, 1-6.

- Gutwill, S. (1994). Women's eating problems: Social context and the internalization of culture. In C. Bloom, A. Gitter, S. Gutwill, L. Kogel, & L. Zaphripoulos (Eds.), *Eating problems: A feminist psychoanalytic treatment model* (pp. 1-27). NY: Basic Books.
- Gutzwiller, J., Oliver, J. M., & Katz, B. M. (2003). Eating dysfunctions in college women: The roles of depression and attachment to fathers. *Journal of American College Health*, 52, 27-32.
- Hadwin, J., & Perner, J. (1991). Pleased and surprised: Children's cognitive theory of emotion. *British Journal of Developmental Psychology*, 9, 215-234.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Lam, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate Data Analysis* (5th ed.). New Jersey: Prentice-Hall International.
- Halmi, K. (2005). Psychopathology of anorexia nervosa. Commentary. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 520-521.
- Halmi, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 48, 712-718.
- Harris, P. L. (1983). Children's understanding of the link between situation and emotion. *Journal of Experimental Child Psychology*, 36, 490-509.
- Harris, P. L. (1989). *Children and emotion: The development of psychological understanding*. Oxford University Press.
- Harris, P. L. (1999). Individual differences in understanding emotion: The role of attachment status and psychological discourse. *Attachment and Human Development*, 1, 307-324.
- Harris, P. L. (2000). Understanding emotion. In M. Lewis & J. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 281-292). NY: Guilford Press.
- Harris, P. L., de Rosnay, M., & Pons, F. (2005). Language and children's understanding of mental states. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 69-73.
- Harris, P. L., Jonhson, C., Hutton, D., Andrews, G., & Cooke, T. (1989). Young children's theory of mind and emotion. *Cognition and Emotion*, 3, 379-400.
- Harris, P. L., & Lipian, M. (1989). Understanding emotion and experiencing emotion. In C. Saarni & P. Harris (Eds.), *Children's understanding of emotion* (pp. 241-258). NY: Cambridge University Press.
- Harter, S., & Buddin, B. (1987). Children's understanding of the simultaneity of two emotions: A five stage-developmental acquisition sequence. *Developmental Psychology*, 3, 388-399.
- Harter, S., & Whitesell, N. (1989). Developmental changes in children's emotion concepts. In C. Saarni & P. L. Harris (Eds.), *Children's understanding of emotions* (pp. 81-116). NY: Cambridge University Press.
- Hauser, S. (2007). The lost self: Early loss and the impact on self development in adolescence. *European Journal of Psychoanalytic Therapy and Research*, 8, 147-173.

- Hayaki, J., Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (2002). Emotional expression and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 57-62.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Heard, D., & Lake, B. (1997). *The challenging of attachment for caregiving*. NY: Guilford Press.
- Heatherton, T. F. & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Henriques, M. R. (1995). *Narrativas protótipo na agorafobia: Estudo exploratório para a compreensão da construção de significados na agorafobia*. Tese de mestrado não publicada. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Henriques, M. R. (2000). *Narrativas e agorafobia: Construção e validação de uma narrativa protótipo*. Tese de doutoramento não publicada. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Hertsgaard, L., Gunnar, M., Erickson, M. F., & Nachmias, M. (1995). Adrenocortical responses to the Strange Situation in infants with desorganized/disoriented attachment relationships. *Child Development*, 66, 1100-1106.
- Hesse, E. (1996). Discourse, memory, and the Adult Attachment Interview: A note with emphasis on the emerging cannot classify category. *Infant Mental Health Journal*, 17, 4 – 11.
- Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview. Historical and Current Perspectives. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 395-433). NY: Guilford Press.
- Hesse, E., & Cichetti, D. (1982). Perspectives on an integrated theory of emotional development. *New Directions for Child Development*, 16, 3-48.
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18, 309-343.
- Hil, A. J. & Franklin, J. A. (1998). Mothers, daughters and dieting: Investigating the transmission of weight control. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 3-13.
- Hochdorf, Z., Latzer, Y., Canetti, L., & Bachar, E. (2005). Attachment styles and attraction to death: Diversities among eating disorder patients. *American Journal of Family Therapy*, 33, 237-252.
- Hoek, H. W. (1995). The distribution of eating disorders. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. NY: Guilford Press.
- Hoek, H. W. & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.

- Howe, D. (1995). Adoption and attachment. *Adoption and Fostering*, 19, 7-15.
- Howe, D. (2003). Attachment disorders: disinhibited attachment behaviours and secure base distortions with special reference to adopted children. *Attachment and Human Development*, 5, 265-270.
- Hsu, L. G. (1989). The gender gap in the eating disorders: why are the eating disorders more common among women. *Clinical Psychology Review*, 9, 339-407.
- Hughes, C., & Dunn, J. (1998). Understanding mind and emotion: Longitudinal associations with mental-state talk between young friends. *Developmental Psychology*, 34, 1026-1037.
- Hund, A. R. & Espelage, D. L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse & Neglect*, 30, 393-407.
- Iancu, I., Cohen, E., & Ben Yehuda, Y. (2006). Treatment of eating disorders improves eating symptoms but not alexithymia and dissociation proneness. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 189-193.
- Izard, C. (1977). *Human emotions*. NY: Plenum Press.
- Izard, C. (1980). The emergence of emotions and the development of consciousness in infancy. In J. M. Davidson & R. J. Davidson (Eds.), *The psychobiology of consciousness*. NY: Plenum.
- Izard, C. (1993). Organizational and motivational functions of discrete emotions. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 631-641). NY: Guilford Press.
- Izard, C., & Buechler, S. (1980). Aspects of consciousness and personality in terms of differential emotions theory. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research, and experience* (Vol 1). NY: Academic Press.
- Izard, C., & Buechler, S. (1983). On the emergence, functions, and regulation of some emotion expressions in infancy. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research, and experience* (Vol 2). NY: Academic Press.
- Izard, C., & Harris, P. (1995). Emotional development and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation*, (Vol. 2, pp. 467-503). NY: Wiley.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders. Application of risk Terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130, 19-65.
- Jacobvitz, D., & Hazan, N. (1999). Developmental pathways from infant disorganisation to childhood peer relationships. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganisation*. NY: The Guilford Press.
- Jimerson, D. C., Wolfe, B. E., & Franko, D. L. (1994). Alexithymia ratings in bulimia nervosa: Clinical correlates. *Psychosomatic Medicine*, 56, 90-93.

- Johnson, C. (Ed.) (1991). *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia*. NY: Guilford Press.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159, 394-400.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Personality disorder traits evident by early adulthood and risk for eating and weight problems during middle adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 184-192.
- Johnsson, P., Smith, G. W., & Amnér, G. (2001). The troubled self in women with severe eating disorders (anorexia nervosa and bulimia nervosa): A study using interviews, self-reports, and percept-genetic methods. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 343-349.
- Jones, D. C., Abbey, B. B., & Cumberland, A. (1998). The development of display rule knowledge: Linkages with family expressiveness and social competence. *Child Development*, 69, 1209-1222.
- Jongenelen, I. (2004). *Vinculação em mães adolescentes e seus bebês: da matriz relacional à matriz contextual*. Tese de doutoramento não publicada. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal.
- Joshi, M., & MacLean, M. (1994). Indian and English children's understanding of the distinction between real and apparent emotion. *Child Development*, 65, 1372-1384.
- Joyce-Moniz, L. (1999). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw Hill.
- Kenardy, J., Arnow, B., & Agras, W. S. (1996). The aversiveness of specific emotional states associated with binge eating in obese subjects. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 839-844.
- Kessler, H., Schwarze, M., & Filipic, S. (2006). Alexithymia and facial emotion recognition in patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 245-251.
- Kestenbaum, R., & Gelman, S. (1995). Preschool children's identification and understanding of mixed emotions. *Cognitive Development*, 10, 443-458.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D. M., Hammer, L., et al., (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: a 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 936-940.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Wilson, D. M., Haydel, K., Hammer, L., et al., (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: A three-year prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 227-238.
- Kirk, R. (1982). *Experimental design: Procedures for the behavioural sciences* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

- Kjelsas, E., Borsting, I., & Gudde, C. B. (2004). Antecedents and consequences of binge eating episodes in women with an eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, 9, 7-15.
- Kobak, R. (1993). *The attachment Q-Sort*. Manuscrito não publicado. University of Delaware (EUA).
- Kobak, R. (1998). *Specifying the construct of internal working models*. Comunicação apresentada na Universidade de Regensburg, Alemanha.
- Kobak, R. (1999). The emotional dynamics of disruptions in attachment relationships. Implications for theory, research, and clinical intervention. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 21-43). NY: Guilford Press.
- Kobak, R., & Duemmler, S. (1994). Attachment and conversation: A discursive analysis of goal-corrected partnerships. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships. Attachment processes in adulthood* (Vol. 5, pp. 121-149). London: Jessica Kingsley.
- Kobak, R., Ruckdeschel, K., & Hazan, C. (1994). From symptom to signal: An attachment view of emotion in marital therapy. In S. M. Johnson and L. S. Greenberg (Eds.), *Perspectives on emotion in marital therapy* (pp. 46-71). Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel.
- Korman, L. M. (1991). *Emotion Episodes*. York University, North York, Ontario.
- Korman, L. M. (1998). *Changes in Clients' Emotion Episodes in Therapy*. York University, North York, Ontario.
- Kucharska-Pietura, K., Nikolaou, V., & Masiak, M. (2004). The recognition of emotion in the faces and voice of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 42-47.
- Lagattuta, K., & Wellman, H. (2001). Thinking about the past: Early knowledge about links between prior experience, thinking and emotion. *Child Development*, 72, 82-100.
- Lagattuta, K., Wellman, H., & Flavell, J. (1997). Preschoolers' understanding of the link between thinking and feeling: Cognitive cueing and emotional change. *Child Development*, 68, 1081-1104.
- Lake, N., Lane, S., & Harris, P. L. (1995). The expectation of guilt and resistance to temptation. *Early Developmental and Parenting*, 4, 63-73.
- Lang, P. J. (1994). The varieties of emotional experience: A meditation of James-Lange theory. *Psychological Review*, 101, 211-221.
- Laquatra, T. A. (1993). Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women. *Dissertation Abstracts International*, 53(9-B), 4959.

- Laquatra, T. A., & Clopton, J. R. (1994). Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women. *Addictive Behaviors*, 19, 373-380.
- Lehoux, P. M. (2001). The role of perceived nonshared environment and personality traits in the etiology of bulimia nervosa. *Dissertation Abstracts International*, Section B, 61(12-B), 6710.
- Leibowitz, J., Ramos-Marcuse, F., & Arsénio, W. (2002). Parent-child emotion communication, attachment, and affective narratives. *Attachment and Human Development*, 4, 55-67.
- Lein, J. B. (2000). The relations among attachment style, perceived parental weight expectations and weight concerns in preadolescent girls. *Dissertation Abstracts International*, Section B, 60 (10-B), 5228.
- Leon, G. L., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., & Early-Zald, M. B. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 140-149.
- Leon, G. L., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., Keel, P. K., & Klump, K. L. (1999). Three to four year prospective evaluation of personality and behavioural risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 181-196.
- Leung, N., Thomas, G., & Waller, G. (2000). The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 205-213.
- Leventhal, H. (1979). A perceptual-motor processing model of emotion. In P. Pliner, K. R. Blankstein & I. M. Spigel (Eds.), *Perceptions of emotions in self and others*. NY: Plenum.
- Leventhal, H. (1980). Toward a comprehensive theory of emotion. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol 13). NY: Academic Press, 1980.
- Lewis, M. (1993). The emergence of human emotions. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 223-236). NY: Guilford Press.
- Lewis, M., Feiring, C., McGuffog, C., & Jaskir, J. (1984). Predicting psychopathology in six-years-old from early social relations. *Child Development*, 55, 123-136.
- Lewis, M., & Haviland-Jones, J. M. (2000). *Handbook of emotions*. NY: Guilford Press, 2nd edition.
- Lewis, M., & Miller, S. (1990). *Handbook of developmental psychopathology*. NY: Plenum.
- Lilenfeld, L. R., Stein, D., Bulik, C. M., Strober, M., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Merikangas, K. R., Nagy, L., & Kaye, W. H. (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered and never ill first-degree females relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine*, 30, 1399-1410.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization*. NY: Guilford Press.

- Lowe, M. R., Foster, G. D., Kerzhnerman, I., Swain, R. M., & Wadden, T. A. (2001). Restrictive dieting vs. "undieting": Effects on eating regulation in obese clinic attenders. *Addictive Behaviors*, 26, 253-266.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Lynch, W. C., Everingham, A., & Dubitzky, J. (2000). Does binge eating play a role in the self-regulation of moods? *Integrative Physiological & Behavioral Science*, 35, 298-313.
- Lyons-Ruth, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behaviour problems: The role of disorganized early attachments patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 64-73.
- Lyons-Ruth, K., Alpern, L., & Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classifications and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behaviour in the preschool classroom. *Child Development*, 64, 572-585.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E. & Parsons, E. (1999). Frightened, frightening, and atypical maternal behaviour and disorganized infant attachment strategies. In J. Vondra & D. Barnett (Eds.), *Atypical patterns of infant attachment: Theory, research, and current directions. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64 (3, Serial No 258).
- Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M., & Cibelli, C. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology*, 33, 681-692.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioural and attentional strategies. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 520-554). NY: Guilford Press.
- Machado, B. C. (2003). *Anorexia nervosa: validação convergente de uma narrativa protótipo*. Tese de Mestrado não publicada. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho.
- Machado, G. (1995). *Representação da vinculação e percepção da qualidade da relação adolescente-pais*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra.
- Machado, P., Gonçalves, S., Martins, C., & Soares, I. (2001). The portuguese version of the Eating Disorders Inventory: Evaluation of its psychometric properties. *European Eating Disorders Review*, pp. 43 – 52.
- Machado, P., Machado, B., Gonçalves, S., & Hoek, H. (no prelo). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*.

- Magai, C. (1999). Affect, imagery, and attachment. Working models of interpersonal affect and the socialization of emotion. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 787-802). NY: Guilford Press.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48-61.
- Main, M., & Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, Vol. 50 (1-2, Serial 209), 66-104.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1984; 1998). *Adult attachment classification system*. Manual não publicado. Berkeley, University of California (EUA).
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for classifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation? In M. Greenberg, D. Cicchetti & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago: Chicago University Press.
- Mancilla, D. J. M., Franco, P. K., Alvarez, R. G., & Vásquez, A. R. (2003). Evaluation of the psychometric properties of the Mexican versión of the Eating Disorders Inventory, EDI. *Revista Thomson Psicología*, 1, 167-176.
- Marchi, M. & Cohen, P. (1990). Early childhood eating behaviours and adolescent eating disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 112-117.
- Marcovitch, S., Goldberg, S., Gold, A., Washington, J., Wasson, C., Krekewich, K., & Handley-Derry, M. (1997). Determinants of behaviour problems in Romanian children adopted in Ontario. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 17-32.
- Markey, M. A., & Vander Wal, J. S. (2007). The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 458-464.
- Martins, C., & Machado, C. (2006). Observação da interação humana: Considerações metodológicas. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 11, 159-176.
- Massey-Stokes, M. S. (2001). Communication, expressing feelings, and creative problem solving. In J. J. Robert-McComb & FL. Boca Raton (Eds.). *Eating disorders in women and children: Prevention, stress management, and treatment* (pp.291-315). US: CRC Press.

- Masten, A., Best, K., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Mateo, C. G. (2002). Diferencias entre jóvenes hombres y mujeres en la presencia de trastornos alimentarios y sus factores asociados. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, México.
- Mathers, C. D., Vos, E. T., Stevenson, C. E., & Begg, S. J. (2000). The Australian burden of disease study: Measuring the loss of health from diseases, injuries and risk factors. *Medical Journal of Australia*, 172, 592-596.
- Mazzeo, S. E. & Espelage, D. L. (2002). Association between childhood physical and emotional abuse and disordered eating behaviors in female undergraduates: An investigation of the mediating role of alexithymia and depression. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 86-91.
- McLean, C. P., Miller, N. A., & Hope, D. A. (2007). Mediating social anxiety and disordered eating: The role of expressive suppression. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 15, 41-54.
- McManus, E. & Waller, G. (1995). A functional analysis of binge eating. *Clinical Psychology Review*, 15, 845-863.
- McVey, G. L., Pepler, D., Davis, R., Flett, G. L., & Abdoell, M. (2002). Risk and protective factors associated with disordered eating during early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 22, 75-95.
- Melcher, J. L. (2004). The mother-daughter relationship: Attachment and disordered eating in female adolescents and their mothers. *Dissertation Abstracts International*, Section B, 64 (11-B), 5817.
- Meerum Terwogt, M., & Stegge, H. (1995). Children's understanding of the strategic control of negative emotions. In J. Russell, J.-M. Fernandez-Dols, & A. Manstead (Eds.), *Everyday conceptions of emotions* (pp. 373-390). Dordrecht: Kluwer.
- Meyer, C., & Gillings, K. (2004). Parental bonding and bulimic psychopathology: The mediating role of mistrust/abuse beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 229-233.
- Meyer, C., Waller, G., & Waters, A. (1998). Emotional states and bulimic psychopathology. In H. Hoek, M. Hatzman, & J. Treasure (Eds.), *The neurobiological basis of eating disorders* (pp. 271-289). Chichester: Wiley.
- Mergenthaler, E. (1996). Emotion-abstraction patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1306-1315.

- Micali, N. (2005). Childhood risk factors: Longitudinal continuities and eating disorders. *Journal of Mental Health*, 14, 567-574.
- Mikulincer, M., & Erev, I. (1991). Attachment style and the structure of romantic love. *British Journal of Social Psychology*, 30, 273-291.
- Mikulincer, M., Shaver, P., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27, 77-102.
- Millar, H. R., Wardell, F., Vyvyan, J. P., Nagi, S. A., Prescott, G. J., & Eagles, J. M. (2005). Anorexia nervosa mortality in northeast Scotland, 1963-1999. *American Journal of Psychiatry*, 161, 753-757.
- Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families – Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge: Harvard University Press.
- Montebarocci, O., Codispoti, M. & Surcinelli, P. (2006). Alexithymia in female patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 11, 14-21.
- Monteleone, P., Treasure, J., & Santonastaso, P. (2005). Families of people with an eating disorder. In N. Santorius, J. Leff, J. Lopez-Ibor, M. Maj & A. Okasha (Eds.). *Families and mental disorders: From burden to empowerment* (pp.113-125). NY: John Wiley & Sons.
- Moss, E., Rousseau, D., Parent, S., St-Laurent, D., & Saintonge, J. (1998). Correlates of attachment at school age: Maternal reported stress, mother-child interaction, and behavior problems. *Child Development*, 69, 1390-1405.
- Nandrino, J-L., Doba, K. & Lesne, A. (2006). Autobiographical memory deficit in anorexia nervosa: Emotion regulation and effect of duration of illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 537-543.
- Nemiath, J. (1977). Alexithymia. Theoretical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 199-206.
- Neves, L., Machado, P., Soares, I., Fonseca, M., Dias, P., Alves, A., Barros, T., Felgueiras, I., Klein, J., Ramalho, V., & Martins, C. (2005a). *Manual de identificação e classificação dos episódios emocionais* - versão 2.0, Universidade do Minho.
- Neves, L., Soares, I., Machado, P., Fonseca, M., Dias, P., Alves, A., Barros, T., Felgueiras, I., Klein, J., Ramalho, V., & Martins, C. (2005b). *Manual de avaliação da compreensão emocional* - versão 1.0, Universidade do Minho.
- Nickerson, A. B., & Nagle, R. J. (2005). Parent and peer attachment in late childhood and early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 25, 223-249.
- Noe, S. L. (2001). Attachment relationships and eating disorders: Are there differences in the attachment patterns of women with eating disorders? *Dissertation Abstracts International*, Section B, 62(4-B), 2071.

- O'Connell, R. C. (2003). Alexithymia and self-regulation: Affective and cognitive functioning in compulsive eating. *Dissertation Abstracts International: Section B*, 63(9-B), 4381.
- O'Connor, T. G., Bredenkamp, D., Rutter, M., & the ERA study team. (1999). Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation. *Infant Mental Health Journal*, 20, 10-29.
- O'Connor, T. G., & Zeanah, C. H. (2003). Attachment disorders: Assessment strategies and treatment approaches. *Attachment & Human Development*, 5, 223-244.
- Ogawa, J., Sroufe, A., Weinfield, N., Carlson, E., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855-879.
- Ohring, R., Graber, J., & Brooks-Gunn, J. (2002). Girls' recurrent and concurrent body dissatisfaction: correlates and consequences over 8 years. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 404-415.
- O'Kearney, R. (1996). Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of theory and empirical research. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 115-127.
- Okine, K. N. (2000). The relationship aspects of eating-disorder symptomatology. *Dissertation Abstracts International*, Section B, 61(6-B), 3287.
- Olatunji, B. O., & Sawchuk, C. N. (2005). Disgust: Characteristic features, manifestations, and clinical implications. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 24, 932-962.
- Oppenheim, D., & Waters, H. (1995). Narrative processes and attachment representations: Issues of development and assessment. In E. Waters, B. Vaughn, G. Posada & K. Kondo-Ikemura (Eds.), *Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on secure-base behaviour and working models: New growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60 (2-3), pp. 197-215. Chicago: University of Chicago Press.
- Orzolek-Kronner, C. (2002). The effect of attachment theory in the development of eating disorders: Can symptoms be proximity-seeking? *Child & Adolescent Social Work Journal*, 19, 421-435.
- Overton, A., Selway, S., & Strongman, K. (2005). Eating disorders - The regulation of positive as well as negative emotion experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12, 39-56.
- Owen, M. T. & Cox, M. J. (1997). Marital conflict and the development of infant-parent attachment relationships. *Journal of Family Psychology*, 11, 152-164.
- Pakier, T. (2003). The relationship between parental bonding and disordered eating patterns in a non-clinical adolescent population. *Dissertation Abstracts International*, Section B, 64 (3-B), 1479.

- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Parkes, C., & Stevenson-Hinde, J. (Eds) (1982). *The Place of Attachment in Human Behavior*. London: Tavistock Publications.
- Patrick, M., Hobson, R., Castle, D., Howard, R., & Maughn, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Developmental Psychopathology*, 6, 375-388.
- Pells, J. J. (2006). The role of negative affect and emotional avoidance in the maintenance of binge eating disorder. *Dissertation Abstracts International*, Section B, 66(11-B), 6289.
- Peng, M., Johnsson, C., Pollok, J., Glaspool, R., & Harris, P. (1992). Training young children to acknowledge mixed emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 387-401.
- Pennebaker, J. W. & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281.
- Pennebaker, J. W., Colder, M., & Sharp, L. K. (1990). Accelerating the coping process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 528-537.
- Pennebaker, J. W. & Hoover, C. W. (1986). Inhibition and cognition. In R. J. Davidson, G. E. Schwartz, & D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self-regulation: Advances in research and therapy* (pp. 107-135). NY: Plenum Press.
- Peterson, R. (2004). Nameless desire: Alexithymia and the anorexic patient. *The American Journal of Psychoanalysis*, 64, 77-90.
- Pierrehumbert, B., Bader, M., Miljkovitch, R., Mazet, P., Amar, M., & Halfon, O. (2002). Strategies of emotion regulation in adolescents and young adults with substance dependence or eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 384-394.
- Pinho, A. F. (2000). *Perturbações do comportamento alimentar e vinculação: Contributos para a caracterização clínica*. Tese de mestrado não publicada. Universidade do Minho.
- Pinho, A., Neves, L., Jongenelen, I., Martins, C., Henriques, M., Figueiredo, B., Matos, R., Gonçalves, S., Silva, C., & Soares, I. (1998). *Manual Português de Avaliação do Attachment Interview Q-Sort de R. Kobak*. Manual policopiado. Universidade do Minho, Departamento de Psicologia.
- Plutchik, R. (1983). Emotions in early development: A psychoevolutionary approach. In R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotions: Theory, research, and experience* (pp. 221-257). NY: Academic Press.
- Podar, I., Hannus, A., & Allik, J. (1999). Personality and affectivity characteristics associated with eating disorders: A comparison of eating disordered, weight-preoccupied, and normal samples. *Journal of Personality Assessment*, 73, 133-147.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.

- Pons, F., & Harris, P. L. (2005). Longitudinal change and longitudinal stability of individual differences in children's emotion understanding. *Cognition and Emotion*, 19, 1158-1174.
- Pons, F., Harris, P. L., & de Rosnay, M. (2000). La compréhension des émotions chez l'enfant. *Psychoscope*, 21, 29-32.
- Pons, F., Harris, P., & de Rosnay, M. (2004). Emotion comprehension between 3 and 11 years: developmental periods and hierarchical organization. *European Journal of Developmental Psychology*, 1, 127-152.
- Pons, F., Lawson, J., Harris, P., & de Rosnay, M. (2003). Individual differences in children's emotion understanding: Effects of age and language. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44, 347-353.
- Powell, A., Thelen, M. H. (1996). Emotions and cognitions associated with bingeing and weight control behaviour in bulimia. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 317-328.
- Presnell, K., Bearman, S. K., & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 389-401.
- Pribram, K. H. (1980). The biology of emotions and other feeling. In R. Plutchik & H. Kellermen (Eds.), *Emotion: Theory, research, and experience* (Vol 1). NY: Academia Press.
- Rasmussen Hall, M. L. (2007). Distress intolerance, experiential avoidance, and alexithymia: Assessing aspects of emotion dysregulation in undergraduate women with and without histories of deliberate self-harm and binge/purge behavior. *Dissertation Abstracts International: Section B*, 67(9- B), 5420.
- Reinsenzein, R. (1994). Pleasure-arousal theory and the intensity of emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 525-539.
- Renken, B., Egeland, B., Marvinney, D., Sroufe, A., & Mangelsdorf, S. (1989). Early childhood antecedents of aggression and passive-withdrawal in early elementary school. *Journal of Personality*, 57, 257-281.
- Rierdan, J., Koff, E., & Stubbs, M. L. (1989). A longitudinal analysis of body image as a predictor of the onset and persistence of adolescent girls' depression. *Journal of Early Adolescence*, 9, 454-466.
- Roberts, G. (1994). *Interpretative handbook for the Roberts Apperception Test for children*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Roisman, G. I., Tsai, J. L., & Chiang, K. S. (2004). The emotional integration of childhood experience: Physiological, facial expressive, and self-report emotional response during the adult attachment interview. *Developmental Psychology*, 40, 776-789.

- Roseman, I. J., & Spindel, M. S. & Jose, P. E. (1990). Appraisal of emotion-eliciting events: Testing a theory of discrete emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 899-915.
- Rosenstein, D., & Horowitz, H. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244 – 253.
- Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1161-1178.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (1990). Psychological resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & S. Weinraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rutter, M., Anderson-Wood, L., Beckett, C., Bredenkamp, D., Castle, J., Dunn, J., Ehrich, K., Groothues, C., Harborne, A., Hay, D., Jewett, J., Keaveney, L., Kreppner, J., Messer, J., O'Connor, T., Quinton, D., & White, A. (1998). Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 465-476.
- Rutter, M., Anderson-Wood, L., Beckett, C., Bredenkamp, D., Castle, J., Groothues, C., Kreppner, J., Keaveney, L., Lord, C., & O'Connor, T. (1999). Quasi-autistic patterns following severe early global privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 537-549.
- Rutter, M., Izard, C., & Read, P. (Eds.) (1986). *Depression in young people: Developmental and clinical perspectives*. NY: Guilford.
- Rutter, M., & Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265-296.
- Saarni, C. (1979). Children's understanding of display rules for expressive behaviour. *Developmental Psychology*, 15, 424-429.
- Saarni, C., Mumme, D., & Campos, J. (1998). Emotional development: Action, communication, and understanding. In W. Damon (Series Ed.), & N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol 3. Social, emotional and personality development* (5th ed., pp. 237-309). NY: John Wiley.
- Santonastaso, P., Friederici, S., & Favaro, A. (1999). Full and partial syndromes in eating disorders: A 1-year prospective study of risk factors among female students. *Psychopathology*, 32, 50-56.
- Schank, R. C. & Abelson, R. P. (1977). *Scripts, plans, goals, and understanding*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Schauenburg, H., & Strack, M. (1988). Die symptom checklist-90-R (SCL-90-R) zur darstellung von statistisch und klinischsignifikanten psychotherapieergebnissen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 48, 257-264. *
- Schmidt, U., Humfress, H., & Treasure, J. (1997). Childhood experiences of care and abuse in eating disorders: Clinical and research implications. *European Review of Eating Disorders*, 5, 184-207.
- Schmidt, U., Jiwany, A., & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 54-58.
- Schmitz-Sciborski, A. E. (2001). The body satisfaction of women with relationship to perceived attachment status, sociocultural influences, and feminine gender role stress. *Dissertation Abstracts International*, Section B, 61(11-B), 6148.
- Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M., & van IJzendoorn, M. H. (1999). Frightening maternal behaviour linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 67, 54-63.
- Scott Brown, L., & Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 351-367.
- Selvini-Pallazoli, M. P. (1974). *Self-starvation: From individual family therapy in the treatment of anorexia nervosa* (2nd ed.). NY: Aronson.
- Shaver, P., Schwartz, J., Kirson, D., & O'Connor, C. (1987). Emotion Knowledge: Further exploration of a prototype approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1061-1086.
- Shaw, D., & Vondra, J. (1995). Infant attachment security and maternal predictors of early behavior problems: A longitudinal study of low-income families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 335-357.
- Sherwood, N. E., Crowther, J. H., & Wills, L. (2000). The perceived function of eating for bulimic, subclinical bulimic, and non-eating disordered women. *Behavior Therapy*, 31, 777-793.
- Siegel, D. (1999). *The Developing Mind. How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. NY: The Guilford Press.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Sim, L., & Zeman, J. (2004). Emotion awareness and identification skills in adolescent girls with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 760-771.
- Sim, L., & Zeman, J. (2005). Emotion regulation factors as mediators between body dissatisfaction and bulimic symptoms in early adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, 25, 478-496.

- Sim, L., & Zeman, J. (2006). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 219-228.
- Simpson, J. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 971-980.
- Simpson, J., & Rholes, W. (1997). *Attachment theory and close relationships*. NY: Guilford Press.
- Sive-Ramirez, V. D. (2001). Body dissatisfaction, dieting behavior, and parental attachment among college women. *Dissertation Abstracts International*, Section A, 61(10-A), 4200.
- Smith, G. & Johnsson, P. (1997). To understand psychosomatic illness: The concept of alexithymia and a microprocess frame of reference. *Psychoanalysis & Contemporary Thought*, 20, 449-470.
- Smolak, L., Levine, M. P., & Gralen, S. (1993). The impact of puberty and dating on eating problems among middle school girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 355-368.
- Smolak, L., Murnen, S., & Ruble, A. (2000). Female athletes and eating problems: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 371-380.
- Soares, I. (1992). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência. Estudo intergeracional mãe-filho(a)*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade do Porto.
- Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência. Estudo intergeracional mãe-filho*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho (2ª edição: 2000).
- Soares, I. (2000a). Introdução à Psicopatologia do Desenvolvimento. Questões Teóricas e de Investigação. In I. Soares (Ed.) *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 13 – 42). Coimbra: Quarteto.
- Soares, I. (2000b). Psicopatologia do desenvolvimento e contexto familiar: Teoria e investigação das relações de vinculação. In I. Soares (Ed.) *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 381 – 434). Coimbra: Quarteto.
- Soares, I. (2002). *A Vinculação Vinculada*. Lição síntese apresentada à Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia. Departamento de Psicologia.
- Soares, I. (2006). Vinculação: Questões teóricas, investigação e implicações clínicas. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 11, 35-72.
- Soares, I., & Dias, P. (no prelo). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: Contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Soares, I., Dias, P., Fernandes, Machado, P., C., Klein, J., Alves, A., Felgueiras, I., Pinho, A., Neves, L., Figueiredo, B., Jongenelen, I., Matos, R., Gonçalves, S., Zhan-Jian, L., &

- Cunha, J. P. (2002). Actividade fisiológica durante a AAI em doentes com perturbações alimentares: estudo preliminar com análise de casos. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 7, 143-158.
- Soares, I., Dias, P., Machado, P. C., & Klein, J. (no prelo). Attachment and eating disorders: Recent contributions from research. In B. Strauss (Ed), *Attachment and Psychopathology: Conclusions of attachment research for clinical practice*. Munchen: Klett-Cotta.
- Soares, I., Henriques, M., Neves, L., & Pinho, J. (1999). *Protocolo de Avaliação de Marcadores do Desenvolvimento da Psicopatologia – PAMaDeP*. Manuscrito não publicado. Universidade do Minho, Braga.
- Soares, I., Lopes dos Santos, P., Martins, C., Jongenelen, I., Silva, A., Figueiredo, B., Mascarenhas, C., Almeida, C., Machado, G., Neves, L., Henriques, M. Serra, M., Silva, C., & Costa, O. (1995). Organização comportamental da vinculação na Situação Estranha: Avaliação da estabilidade através do método de teste-reteste. In L. Almeida & I. Ribeiro (Org.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: APPORT.
- Soares, I., Pinho, A., Martins, C., & Machado, P. (2000). *Attachment and eating disorders*. Comunicação apresentada no 7th Biennial Conference of the European Association for Research on Adolescence, Jena, Germany.
- Soares, I. Silva, M. C., Costa, O., & Cunha, J. P. (1999). Avaliação da vinculação e da frequência cardíaca em bebés de 12 meses na Situação Estranha. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1, 101 – 114.
- Sohlberg, S. & Strober, M. (1994). Personality in anorexia nervosa: An update and a theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 1-15.
- Solomon, J., & George, C. (1999). The place of disorganization in attachment theory: Linking classic observations with contemporary findings. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization*. NY: Guilford Press.
- Solomon, R. C. & Stone, L. D. (2002). On “positive” and “negative” emotions. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 32, 417-435.
- Spangler, G., Fremmer-Bombik, E., & Grossmann, K. (1996). Social and individual determinants of infant attachment security and disorganization. *Infant Mental Health Journal*, 17, 127-139.
- Spandler, G., & Grossmann, K. (1999). Individual and psychological correlates of attachment disorganisation in infancy. In J. Solomom & C. George (Eds.), *Attachment disorganisation* (pp. 95-124). NY: The Guilford Press.
- Speranza, M., Corcos, M., Guilbaud, O., & Jeammet, Ph. (2000). Dimensione alessitimica e rischio psicosomatico nei disturbi del comportamento alimentare. *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*, 19, 249-261.

- Speranza, M., Corcos, M., & Loas, G. (2005). Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Research*, 135, 153-163.
- Speranza, M., Loas, G., & Wallier, J. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 365-371.
- Sperling, M., & Bermann, W. (1994). *Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives*. NY: Guilford Press.
- Spieker, S., & Booth, C. (1988). Maternal antecedents of attachment quality. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 95-135). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sroufe, L. A. (1989). Pathways to adaptation and maladaptation: Psychopathology as developmental deviation. In D. Cicchetti (Ed.), *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology. The emergence of a discipline* (Vol. 1, pp. 13-40). NY: Erlbaum.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development. The organization of emotional life in the early years*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251-268.
- Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levi, A., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 1-14.
- Sroufe, L. A., Duggal, S., Weinfield, N. S., & Carlson, E. (2000). Relationships, development, and psychopathology. In A. Sameroff, M. Lewis & S. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (2nd ed., pp. 75-92). NY: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W. A. (2005a). Placing early attachment experiences in developmental context: The Minnesota longitudinal study. In K. E. Grossmann, K. Grossmann & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood. The major longitudinal studies* (pp.48-70). NY: Guilford Press.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005b). *The development of the person. The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. NY: Guilford Press.
- Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29.
- Stalker, C., & Davies, F. (1995). Attachment organization and adaptation in sexually-abused women. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 234-240.
- Steele, H., & Steele, M. (2005). Understanding and resolving emotional conflict. The London parent-child project. In K. E. Grossmann, K. Grossmann & E. Waters (Eds.), *Attachment*

- from infancy to adulthood. The major longitudinal studies* (pp.137-164). NY: Guilford Press.
- Steele, H., Steele, M., Croft, C., & Fonagy, P. (1999). Infant-mother attachment at one year predicts children's understanding of mixed emotions at six years. *Social Development*, 8, 161-177.
- Steele, M., Steele, H., & Johansson, M. (2002). Maternal predictors of children's social cognition: an attachment perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 1-12.
- Steiger, H., Gauvin, L., Isreal, M., Koerner, N., Kin, N., Paris, J., & Young, S. (2001). Associations of serotonin and cortisol indices with childhood abuse in bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 58, 837-843.
- Steiger, H., Stotland, S., Trottier, J., & Ghadirian, A. M. (1996). Familial eating disorders concerns and psychopathological traits: Causal implications of transgenerational effects. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 147-157.
- Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T. G., Walker, S., Miller, S., Sagar, A. & Lock, J. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry* (Suppl 1), 12, 38-46.
- Steiner, H., McQuivey, R., Pavelski, R., Pitts, T., & Kraemer, H. C. (2000). High school student athletes: mental and physical health associations with sports participation. *Clinical Pediatrics*, 39, 161-166.
- Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review*, 14, 633-661.
- Stice, E. (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 36, 931-944.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-135.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Stice, E. & Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behaviour Therapy*, 29, 257-276.
- Stice, E. & Agras, W. S. (1999). Subtyping bulimic women along dietary restraint and negative affect dimensions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 460-469.
- Stice, E., Agras, W. S., & Hammer, L. (1999). Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: A five-year prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 375-387.

- Stice, E. & Bearman, S. K. (2001). Body image and eating disturbances prospectively predict growth in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37, 597-607.
- Stice, E., Hayward, C., Cameron, R., Killen, J. D., & Taylor, C. B. (2000). Body image and eating related factors predict onset of depression in female adolescents: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 438-444.
- Stice, E., Nemeroff, C., & Shaw, H. E. (1996). Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: Evidence for dietary restraint and affect regulation mechanisms. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 15, 340-363.
- Stice, E., Presnell, K., & Bearman, S. K. (2001). Relation of early menarche to depression, eating disorders, substance abuse, and comorbid psychopathology among adolescent girls. *Developmental Psychology*, 37, 608-619.
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 21, 131-138.
- Stice, E. & Shaw, H. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985-993.
- Stice, E. & Whitenton, K. (in press). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology*.
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist*, 62, 181-198.
- Striegel-Moore, R. H. & Cachelin, F. M. (2001). Etiology of eating disorders in woman. *Counseling Psychologist*, 29, 635-661.
- Strober, M. (1991). Disorders of the self in anorexia nervosa: An organismic developmental paradigm. In C. Johnson (Ed.), *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia* (pp. 354-373). NY: Guilford Press.
- Suldo, S. M., & Sandberg, D. A. (2000). Relationship between attachment styles and eating disorder symptomatology among college women. *Journal of College Student Psychotherapy*, 15, 59-73.
- Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 155, 939-946.
- Sureda, B., Valdés, M. & Jódar, I. (1999). Alexithymia, type A behaviour and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 7, 286-292.
- Tangney, J. P. (1990). Assessing individual differences in proneness to shame and guilt: Development of the self-conscious affect and attribution inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 102-111.

- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Tereno, S. (2003). *Vinculação, organização familiar e relação terapêutica na anorexia e bulimia nervosa*. Dissertação de mestrado não publicada, Braga, Universidade do Minho.
- Tereno, S., Soares, I., Bouça, D., Neves, A., Celani, M., & Sampaio, D. (2004). Vinculação, dinâmica familiar e aliança terapêutica nas perturbações do comportamento alimentar. *Comportamento Alimentar*, 1, 9-22.
- Tester, M. I. & Gleaves, D. H. (2005). Self-deceptive enhancement and family environment: Possible protective factors against internalization of the thin ideal. *Eating Disorders*, 13, 187-199.
- Teti, D. M., Messinger, D. S., Gelfland, D. M., & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364-376.
- Thompson, R. (2000). The legacy of early attachments. *Child Development*, 71, 145-152.
- Tomkins, S. S. (1978). Script theory: Differential magnification of affects. In H. E. Howe & M. M. Page (Eds.), *Nebraska symposium on motivation* (Vol 24). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Toro, J., Gomez-Peresmitré, G., Sentis, J., Vallés, A., Casulà, V., Castro, J., Pineda, G., Leon, R., Platas, S., & Rodriguez, R. (2006). Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female adolescents. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41, 556-565.
- Troisi, A., Massaroni, P. & Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 89-97.
- Tronick, E. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.
- Troop, N. A., Treasure, J. L., & Serpell, L. (2002). A further exploration of disgust in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 10, 218-226.
- True, M. M., Pisani, L., & Oumar, F. (2001). Mother-infant attachment among Dogon of Mali. *Child Development*, 72, 1451-1466.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320-333.
- Turner, H., Rose, K., & Cooper, M. (2005). Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The mediating role of core beliefs. *Eating Behaviors*, 6, 113-118.
- Tyrell, C., Dozier, M., Teague, G., & Fallot, R. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 725-733.

- Tyrka, A. R., Waldron, I., & Graber, J. A. (2002). Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 282-290.
- van IJzendoorn, M. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- van IJzendoorn, M., & Bakermans-Kranenburg, M. (1996). Attachment, representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups. A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 8-21.
- van IJzendoorn, M., Goldberg, S., Kroonenberg, P., & Frenkel, O. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 65, 1014-1027.
- van IJzendoorn, M., Shuengel, C., & Bakerman-Kranenburg, M. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.
- Van Strien, T., Engels, R., & Van Leeuwe, J. (2005). The Stice model of overeating: Tests in clinical and non-clinical samples. *Appetite*, 45, 205-213.
- Vásquez, A. R., López, A. X., Alvarez, R. G., Ocampo, T. M., & Mancilla, D. J. M. (2000). Transtornos alimentarios y factores asociados en estudiantes de danza. *Psicología Contemporánea*, 7, 56-65.
- Vilarinho, S. (2003). *Vinculação e emoções nas perturbações alimentares*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade de Coimbra, Portugal.
- Vilarinho, S., Machado, P., Soares, I., Torres, A., & Brandão, I. (2003). *Vinculação e episódios emocionais nas perturbações do comportamento alimentar*. Comunicação apresentada no V Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Lisboa, Portugal.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137-147.
- Vogeltanz-Holm, N. D., Wonderlich, S. A., Lewis, B. A., Wilsnack, S. C., Harris, T. R., Wilsnack, R. W., & Kristjanson, A. F. (2000). Longitudinal predictors of binge eating, intense dieting, and weight concerns in a national sample of women. *Behavior Therapy*, 31, 221-235.
- von Bertalanffy, L. (1986). *General system theory*. NY: Brasiller.
- Ward, A., Ramsey, R., & Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 35-51.
- Ward, A., Ramsey, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 497-505.

- Waters, A., Hill, A., & Walker, G. (2001). Bulimics' responses to food cravings: Is binge eating a product of hunger or emotional state? *Behavior Research and Therapy*, 39, 877-886.
- Weimer, W. B. (1977). A conceptual framework for cognitive psychology: Motor theories of the mind. In R. Shaw & J. D. Bransford (Eds.), *Perceiving, acting, and knowing*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Weiss, R. (1984). Continuities and transformations in social relationships from childhood to adulthood. In W. Hartup & Z. Rubin (eds.), *Relationships and Development*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Welch, S. L., Doll, H. A., & Fairburn, C. G. (1997). Live events add the onset of bulimia nervosa: A controlled study. *Psychological Medicine*, 27, 515-522.
- Wertheim, E. H., Koerner, J., & Paxton, S. (2001). Longitudinal predictors of restrictive eating and bulimic tendencies in three different age groups of adolescent girls. *Journal of Young and Adolescence*, 30, 69-81.
- Wheeler, K., Greiner, P. & Boulton, M. (2005). Exploring alexithymia, depression, and binge eating in self-reported eating disorders in women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41, 114-123.
- Wichstrom, L. (2000). Psychological and behavioral factors unproductive of disordered eating: A prospective study of the general adolescent population in Norway. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 33-42.
- Wilfley, D., & Rodin, J. (1995). Cultural influences on eating disorders. In D. Gardner & P. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Treating Eating Disorders*. NY: Guilford Press.
- Wintre, M., Polivy, J., & Murray, M. A. (1990). Self predictions of emotional response patterns: Age, sex, and situational determinants. *Child Development*, 61, 1124-1133.
- Wintre, M., & Vallance, D. D. (1994). A development sequence in the comprehension of emotions: Multiple emotions, intensity and valence. *Developmental Psychology*, 30, 509-514.
- Whitaker, A. H. (1992). An epidemiological study of anorectic and bulimic symptoms in adolescent girls: Implications for pediatricians. *Pediatric Annals*, 21, 752-759.
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eating Behaviors*, 8, 162-169.
- Willemsen-Swinkels, S. H. N., Bakermans-Kranenburg, M. J., Buitelaar, J. K., van IJzendoorn, M. H., & van Engeland, H. (2000). Insecure and disorganized attachment in children with a pervasive developmental disorder: Relationship with social interaction and heart rate. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 759-767.

- Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (1997). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. In D. Gerner & P. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 67-93). NY: Guilford Press.
- Wiser, S. & Telch, C. F. (1999). Dialectical behaviour therapy for binge eating disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 755-768.
- Woessner, R., & Caplan, B. (1995). Affective disorders following mild to moderate brain injury: Interpretive hazards of the SCL-90-R. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 10, 78-89.
- Wonderlich, S., Crosby, R., Mitchell, J., Thompson, K., Redlin, J., Demuth, G., Smyth, J., & Haseltine, B. (2001). Eating disturbances and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 401-412.
- Wonderlich, S., Lilenfeld, L., Riso, L. P., Engel, S., & Mitchell, J. (2005). Personality and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 568-571.
- Woodside, D. B., Bulik, C. M., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Kaplan, A., Berrettini, W. H., Strober, M., Treasure, J., Lilenfeld, L., Klump, K., & Kaye, W. H. (2002). Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 290-299.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- Wozniak, A. M. (1997). Emotional experience and expression as a function of eating disorder symptomatology. *Dissertation Abstracts International: Section B*, 57(10-B), pp. 6600.
- Yanovski, S. & Sebring, N. (1994). Recorded food intake of obese women with binge eating disorder before and after weight loss. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 135-150.
- Zipfel, S., Lowe, B., Reas, D. L., Deter, H. C. & Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: Lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet*, 355, 721-722.
- Zonnevylle-Bender, M., van Goozen, S. & Cohen-Kettenis, P. (2004). Emotional functioning in adolescent anorexia nervosa patients: A controlled study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 28-34.
- Zonnevylle-Bender, M. J., van Goozen, S. H., & Cohen-Kettenis, P. (2005). Adolescent anorexia nervosa patients have a discrepancy between neurophysiological responses and self-reported emotional asousal to psychosocial stress. *Psychiatry Research*, 135, 45-52.

* Referências não consultadas directamente